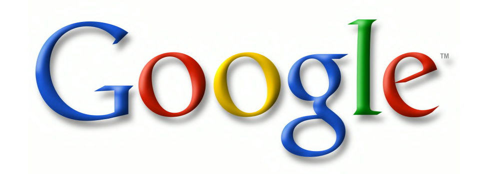


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



UC-NRLF
B 3 729 583

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
UC San Francisco
LIBRARY

UC San Francisco
LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER BRESLAU — CRAMER GÖTTINGEN — v. GRASHEY MÜNCHEN — KREUSER WINNENTAL — PELMAN BONN — SCHÜLE ILLENAU

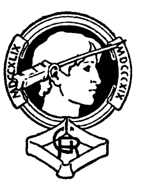
DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

VIERUNDSECHZIGSTER BAND
FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 12. DEZEMBER

MIT 33 TEXTFIGUREN



BERLIN
W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1907

Jährlich ein Band von 7 Heften (6 Hefte Originalien und 1 Heft Literaturbericht). Preis M. 30.—.

Hierzu eine Beilage von Gustav Fischer in Jena.

Statt Eisen! *Statt Lebertran!*

Hæmatogen Hommel

völlig alkohol- und ætherfrei.

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin)**, sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

Große Erfolge bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.**

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

Nicolay & Co., **Hanau a. Main. Zürich. London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill. St. Petersburg, Smolenskaja 33.**

Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink, William Street 120, **New York.**

Über einzelne motorische Erscheinungen Geisteskranker.[1])

Von
Professor Dr. **Ernst Emil Moravcsik** in Budapest.

(Mit 32 Textfiguren.)

Unsere moderne psychiatrische Auffassung beruht hauptsächlich auf den Erfahrungen klinischer Forschungen. Diese werden mächtig unterstützt, ergänzt und in ihrem Wesen vielfach erklärt durch die anatomischen und histologischen Untersuchungen des gesunden und kranken Zentralnervensystems, durch die entwicklungsgeschichtlichen und experimentell-pathologischen Wahrnehmungen, welche in unzweifelhafter Weise zur Erweiterung unserer Kenntnisse beitragen, aber dennoch nur geringen Einblick gewähren in den komplizierten Mechanismus der psychischen Funktionen und Vorgänge sowie in das Wesen der Geisteskrankheiten. Die Lehren von der Aphasie und Apraxie, deren Schlußfolgerungen und Analogien ganz neue Perspektiven eröffneten zur Erklärung der psychiatrischen Symptomatologie, verdanken ihre Entwicklung und Festigung vornehmlich der klinischen Beobachtung. Auf den von *Wernicke* und *Liepmann* gewiesenen Wegen hat sich eine ganze Reihe von Forschern (*Pick*, *Bonhöffer*, *Heilbronner*, *Kleist*, *Hartmann* u. m.) der Erweiterung unserer diesbezüglichen Kenntnisse gewidmet.

Nachdem die zeitweise in den Hintergrund gedrängte klinische Richtung unter der Einwirkung von *Kahlbaum*, *Hecker*, *Schüle*, *Krafft-Ebing*, *Magnan*, *Mendel*, *Ziehen* u. a., namentlich aber *Kraepelins* und seiner Schule einen neuen Aufschwung erfahren hatte, schritt die Psychiatrie einer gewaltigen Entwicklung entgegen und gewann gleich-

---

[1]) Vorgetragen auf dem Landeskongreß der ungarischen Irrenärzte, 29. Oktober 1906.

zeitig eine mächtige Stütze in der Anwendung der psychophysischen und biomechanischen Methoden der experimentellen Psychologie.

Die eingehende und detaillierte Analyse der einzelnen Krankheitssymptome hat nicht — wie manche glauben — zur Verflachung der Krankheitsformen geführt, sondern vielmehr zur Klärung derselben, zur Feststellung feinerer Grenzen und zur Erkenntnis gewisser prognostischer Zeichen.



Fig. 1.

Bekanntlich findet man bei den Geisteskranken sämtliche unter physiologischen Verhältnissen wahrnehmbare motorische Erscheinungen, angefangen von den elementaren Offenbarungen des in Entwicklung begriffenen Organismus (reflektorche und automatische Bewegungen), bis zu den kompliziertesten Bewegungsakten, aber auch gleichzeitig sämtliche organisch und psychisch bedingte Abnormitäten derselben. Triebhandlungen, intellektuelle und affektive Handlungen, ebenso auch Ausdrucksbewegungen können den physiologischen ähnlich sein, aber ihre Motive, die Art ihres Entstehens und ihrer Durchführung, Dauer und Form derselben, die begleitenden Umstände und ihr Verhältnis zu dem vorhandenen psychischen Zustande können zahlreiche pathologische Nuancen aufweisen. Oft verleiht nicht die Form der motorischen Akte, sondern ihre eigenartige Erscheinungsweise, ihre Gruppierung der ganzen motorischen Handlung einen gewissen pathologischen Zug.

An dieser Stelle wünsche ich mich bloß mit gewissen motorischen Eigentümlichkeiten einzelner Krankheitsformen und ihrer diagnostischen und prognostischen Bedeutung zu befassen.

Die mannigfaltigsten motorischen Eigentümlichkeiten findet man bei der Dementia praecox (*Kraepelin*) und bei der progressiven Paralyse.

Diejenigen, welche im Verlaufe der Dementia praecox nachweisbar sind, haben namentlich *Schüle*, *Kraepelin*, *Aschaffenburg*, *Serbsky*, *Bernstein*, *Jahrmärker* u. a. eingehend geschildert. Ich wünsche mich auch nicht mit sämtlichen zu beschäftigen, sondern beschränke mich auf das Hervorheben einiger charakteristischer Momente. Ein großer Teil der Psychiater betont, daß die sog. katatonischen Erscheinungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen vorkommen können und für sich keine umschriebene Krankheitsform charakterisieren. Und tatsächlich, liest man eine Beschreibung der als katatonisch bezeichneten Erscheinungen in einem Lehrbuche, in einer Publikation oder in einer Krankheitsgeschichte, so gewinnt man ein ziemlich allgemeines Bild, dessen feinere, speziale Züge und Nuancen entweder verschwommen sind oder aber fehlen und deshalb auch das natürliche Bild nicht vollkommen decken. Oft heißt es da: „ähnliche“ oder „nicht identische“ Erscheinungen. Sogar die photographischen Aufnahmen sind nicht imstande, das gewünschte Bild in seiner vollständigen Plastizität zur Anschauung zu bringen, weil sie eben nur einen Moment der Bewegung festhalten können. Meine eigene Erfahrung hat mich gelehrt, daß bei der seltener vorkommenden, rein katatonischen Form der Dementia praecox gewisse motorische Erscheinungen auftreten, denen ähnliche man wohl auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen findet, doch sind diese einander ähnlichen Erscheinungen dennoch nicht vollständig identisch. Art und Weise des Entstehens und der Lösung, Gestaltung und Gruppierung, In- und Extensität, zeitliche



Fig. 2.

Dauer weisen gewisse Unterschiede auf. Abstrahiert man von den bekannten Initialsymptomen, so können bei dem rein katatonischen Krankheitsbilde stets gewisse, von den Wahnideen, Halluzinationen, Illusionen und Stimmungsschwankungen unabhängige, also primär entstehende (in ihrer Intensität dabei selbstverständlich veränderliche und verschieden nuancierte) motorische Erscheinungen, Veränderungen des Muskeltonus nachgewiesen werden, welche vom Inhalt des psychischen Lebens zumeist unabhängig und diesem gegenüber oft auch dissoziiert sind. Neben einer raschen, rhapsodischen Entwicklung und Lösung sowie kaleidoskopartigen Veränderlichkeit einzelner psychischer und motorischer Erscheinungen sieht man, daß sich gewisse Zustände, Situationen, Gesichtsausdrücke, Gesten entweder spontan, zumeist aber unter dem Einflusse eines von außen einwirkenden Reizes (z. B. Ansprechen, Berührung, namentlich aber passive Lageveränderung einer Extremität) in langsamem Tempo, sukzessive und nach einem gewissen Typus entwickeln und für kürzere oder längere Zeit fixiert bleiben, während welcher Dauer der Kranke in einen traumähnlichen Zustand verfällt, welcher oft auch noch nach der Lösung der motorischen Erscheinung bleibt und einige Zeit besteht. Der ganze Vorgang pflegt der folgende zu sein: Wir nähern uns einem im Krankensaale umhergehenden Kranken und sprechen ihn an oder heben seinen Arm empor. In diesem Momente bleibt er stehen, sein Gesicht nimmt einen an der Stirn beginnenden und von dort nach abwärts ziehenden starren Ausdruck an, das Gesicht verlängert sich scheinbar, wobei die weitgeöffneten Augen starr und ausdruckslos nach vorne blicken. Diese Starrheit verpflanzt sich sodann sukzessive auf die Extremitäten und auf die übrigen Körperteile, welche in der



Fig. 3.

im Momente des Ansprechens innegehabten Situation fixiert werden, und es entsteht die statuenhafte Pose, die Kristallisation. Der Kranke macht den Eindruck, als ob ihn jemand vom Kopfe aus mit Wasser übergossen hätte und dieses, dort beginnend, rasch und sukzessive über den ganzen Körper gefrieren würde. Doch steigert sich diese Muskelstarrheit bloß bis zum Grade der Flexibilitas cerea, der Widerstand der Extremitäten kann leicht überwunden werden, und diese behalten die künstlich gegebene Lage längere Zeit (30 bis 45 Minuten) hindurch bei. Die Entwicklung dieses Zustandes erfolgt und wiederholt sich bei demselben Kranken, aber auch in anderen Katatoniefällen mit fast photographischer Ähnlichkeit. Sehr auffallend ist der Unterschied, wenn man die Gesichtsausdrücke in verschiedenen Krankheitsformen vergleicht. Fig. 1, 2 und 3 zeigten die katatonische Form der Dementia praecox, Fig. 4 eine später in Heilung übergegangene reine Melancholie, Fig. 5 stellt einen Fall von Paranoia dar, Fig. 6 ist das Bild bei Anoia, Fig. 7 bei progressiver Paralyse.


Fig. 4.

Eine weitere Eigentümlichkeit bei der katatonischen Form der Dementia praecox ist eine mit Fixierungen verbundene Tendenz zur Auflösung in Phasen (Ergoschizis) während der Durchführung einzelner motorischer Aktionen und Handlungen, und ferner jener Zug, daß die Kranken eine vorgenommene Handlung quasi in der Mitte abbrechen und nicht gänzlich vollenden (Ergotripsis, Ergodialeipsis), sondern in irgendeiner Bewegungsphase statuenähnlich erstarren. Einer meiner Patienten (G. L.), auf welchen sich die Abbildungen 8 bis 11 beziehen, nahm seine Mahlzeit entgegen und vollführte die wenigen Schritte bis zu jener Korridor-

bank, auf welcher er seine Mahlzeit zu verzehren pflegte, in vier durch Pausen unterbrochenen Phasen, während welcher er jedesmal in anderer Haltung für kurze Zeit statuenähnlich verharrte.

Öfter sieht man, daß die Kranken zur Türe eilen, ihren Körper nach vorne beugen und die Hand zur Türklinke erheben, in dieser Situation kurze Zeit verharren und dann ohne Erreichung des beabsichtigten Zweckes (Öffnen der Türe) umkehren und sich auf ihren früher innegehabten Platz begeben. Dann wieder kann man eine solche Bewegung beobachten, als ob sie der nähertretenden Person die Hand schütteln oder ihr etwas in das Ohr flüstern wollten, aber dann in vorgebeugter Haltung mit ausgestrecktem Arm plötzlich fixiert werden, und der Händedruck, das Flüstern entfällt. Analog diesen motorischen Erscheinungen pflegen sie auch einen Gedanken, bei Einschaltung von Pausen und statuenähnlichen Posen, in Phasen aufgelöst, auszudrücken (Logoschizis), oder aber, sie unterbrechen den Faden des angefangenen Satzes (Logodialeipsis, Logotripsis) und beendigen denselben nicht und verweigern die weiteren Aufklärungen. Nach den ausgesprochenen Worten verfallen sie vorübergehend in eine charakteristische, statuenähnliche Starrheit.



Fig. 5.

Auffallend ist, daß sich während des ganzen Krankheitsverlaufes der katatonischen Form der Dementia praecox ein gewisser künstlerischer Zug der spontan angenommenen Posen nachweisen läßt, welcher sich in einer gefälligen und eine gewisse Eleganz aufweisenden Lagerung des Kopfes, der Glieder und des Rumpfes äußert, was bei anderen Psychosen nicht der Fall ist. Obwohl dieser Zug im

Anfangsstadium der Krankheit in prägnantester Weise in den Vordergrund tritt, kann man ihn auch noch im Stadium der vorgeschrittenen Verblödung erkennen. In krassem Gegensatze dazu steht das plumpe, ausdruckslose Zusammenkauern bei anderen in Verblödung übergegangenen Psychosen oder bei Idioten, wie dies die von meinen verschiedenen Kranken angefertigten Abbildungen 12 bis 18 beweisen. Fig. 12, 13, 14, 15 und 16 zeigen die angenommenen Posen der Katatoniker, 17 und 18 die spontan angenommenen Haltungen von Paralytikern, Fig. 19 diejenige einer Idiotin. Der in Fig. 12 und 13 abgebildete Kranke nahm des öfteren durch Pausen und Fixierungen unterbrochene Posen an und vollführte mitunter auch Turnbewegungen, mit Auflösung der betreffenden Bewegung in mehrere Phasen. Die mit vollständiger Muskelerschlaffung einhergehende Resolution, Relaxation, während welcher die Extremitäten des liegenden Kranken gegenüber passiven Bewegungen keinerlei Widerstand zeigen, ist bei keiner anderen Krankheitsform in so großem Grade nachweisbar, wie bei den katatonischen Fällen der Dementia praecox.

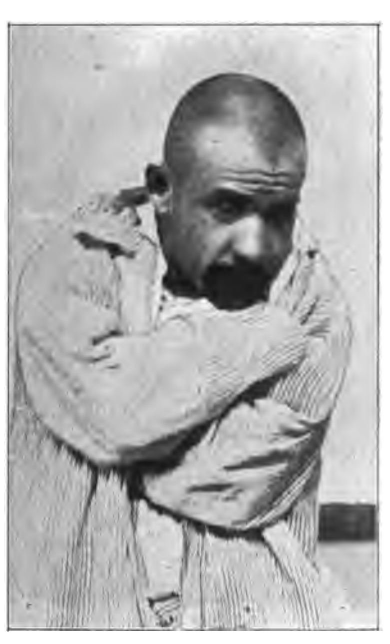


Fig. 6.

In der Dementia praecox zeigen die verblödeten Kranken häufig längere Zeit, Tage, Wochen hindurch gewisse Haltungsstereotypien, welche bloß durch Nahrungsaufnahme, Schlaf, Befriedigung körperlicher Bedürfnisse vorübergehend unterbrochen werden. Oft konnte ich beobachten, daß die Kranken mit unter den Bund des lose herabhängenden Beinkleides versenkten Händen tagelang herumstehen, wie dies aus Fig. 20, 21, 22 und 23 ersichtlich ist. Ich will aber hierbei ausdrücklich betonen, daß diese Handhaltung nicht immer in Zusammenhang steht mit dem Abtasten der Genitalien.

Die periodisch wiederkehrenden, unmotivierten und unzeitgemäßen, meist impulsiven und dabei automatischen motorischen Ausbrüche charakterisieren hauptsächlich die hebephrenische und paranoide Form der Dementia praecox; die Kranken sitzen, stehen oder liegen ganz ruhig, springen plötzlich auf, stürzen sich auf eine Person, stoßen, schlagen oder werfen dieselbe zu Boden, schlagen das Fenster ein, stehen auf dem Kopfe oder urinieren vom Bette oder von der Tischplatte in großem Strahl in die Mitte des Zimmers usw., und neben solchem unsinnigen Benehmen weist ihre Erinnerungsfähigkeit kaum irgend welche Lücken auf, sie sind zeitlich und örtlich gut orientiert, kennen die Namen sowohl der älteren als auch der neugekommenen Mitkranken und beobachten die Vorkommnisse des Anstaltslebens ganz richtig. Sie können in den meisten Fällen keinen Grund ihres unsinnigen Benehmens angeben, und meine eingehenden Untersuchungen haben dargelegt, daß dieselben meist ohne den Einfluß von Wahnideen oder Sinnestäuschungen entstehen. Aber nicht bloß Akinesie, Hypokinesie, Hyperkinesie und Parakinesie, sondern auch die einzelnen psychischen Erscheinungen pflegen bei der Dementia praecox mit einer gewissen Periodizität, man könnte sagen, anfallsweise aufzutreten. Der Kranke schwätzt, gestikuliert lebhaft, pfeift, singt, verbigeriert, deklamiert in pathetischem Tone und grimassiert, gleichwie ein Maniakalischer, einige Minuten oder Stunden hindurch, um sich dann, als wäre gar nichts vorgefallen, wieder ruhig niederzusetzen und apathisch vor sich hinzustarren. Nach kürzerer oder längerer Pause verfällt er dann in einen anderen Stimmungs- oder Bewegungszustand. Somit ist auch hier der Charakter einer durch



Fig. 7.

eingeschobene Pausen in Phasen zerlegten Handlung nachweisbar. Einer meiner Patienten, der 21 jährige Student J. E., zeigte während des ganzen Krankheitsverlaufes das folgende Benehmen: er lag stundenlang ruhig, sprang plötzlich auf, überschlug sich mehrmals auf dem Fußboden, im Garten oder im Hofe, zog sich dabei eine phlegmonöse Entzündung am rechten Knie zu, doch hinderte ihn auch diese gar nicht, seine erwähnten Turnbewegungen ohne jede Schmerzesäußerung ständig zu wiederholen. Bei demselben Kranken war auch die von *Näcke* (Über den Kuß bei Geisteskranken. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 63 S. 106—127) eingehend gewürdigte „Kußmanie" nachweisbar, welche sich während des ganzen Krankheitsverlaufes in der Weise äußerte, daß er mit dem ernstesten Gesichtsausdrucke eine sich ihm nähernde Person oder einen beliebigen Gegenstand mit einer unaufhaltsamen Flut von Küssen überschüttete, was er im raschesten Tempo vollzog. Er küßte und schleckte Haar, Gesicht, Rücken, Brust, Bauch, Gesäß der Ärzte, Wärter und Krankengenossen, auch das Bett, Leintuch, Kissen, Bank, Tisch, Fenster, Spucknapf, seine zu den Lippen erhobenen Zehen, wie dies die Fig. 24 und 25 zeigen.



Fig. 8.

Aus der Krankengeschichte dieses Patienten, J. E., möchte ich besonders folgende Momente hervorheben: Er wurde am 19. Juni 1903 in der das Krankenmaterial der psychiatrischen Klinik bildenden Beobachtungsabteilung aufgenommen. Vater war ein jähzorniger Sonderling, Mutter eine überempfindliche sensible Natur; eine Schwester ist nervös, exaltiert, leidet an Kopfschmerzen. Patient zeigt seit einigen Jahren eine Veränderung, er wurde zerstreut, das Lernen fiel ihm schwerer, er beging Exzesse, onanierte, war schlaflos, später wurde er immer mehr verschlossen,

deprimiert, dann wieder pfiff, sang und lachte er, sprach ungereimtes Zeug und lief vom elterlichen Hause ohne besonderen Grund davon. Später hatte er hypochondrische Gedanken, fühlte ein Spannen im ganzen Körper, behauptete, sein Rücken wäre gekrümmt, und war ständig bestrebt, denselben geradezurichten. Zu diesen hypochondrischen Wahnideen gesellte sich schwach ausgeprägter, verschwommener Verfolgungs- und Beeinflussungswahn. Sein Benehmen und vereinzelte Äußerungen ließen auch das Bestehen von Halluzinationen und Illusionen annehmen. Anfangs hält er die konventionellen Formen ein, grüßt, erzählt die unsinnigsten Dinge formal tadellos und in völlig indifferentem Tonfall oder mit wichtigtuerischer Miene. Seine Äußerungen und Handlungen motiviert er in unsinniger Weise; so behauptet er unter anderem, von Hause deshalb weggelaufen zu sein, weil „er seine Beine entwickeln wollte", weil „die Kinder in der Schule knien müssen". Als man ihm einen Sitz anbietet, antwortet er: „Ich danke, wünsche mich aber nicht zu setzen, weil man besser wächst, wenn man steht", dann starrt er wortlos vor sich hin, dreht seinen Schnurrbart, geht auf und ab und murmelt unverständliche Worte vor sich hin. Dabei aber ist er gut orientiert und besitzt gutes Erinnerungsvermögen, kennt die Hauptflüsse Europas, die Namen seiner Professoren, deklamiert einzelne Gedichte in tadelloser Weise. Oft macht er ganz unzeitgemäße und verdrehte Bemerkungen. Eines Tages sagt er mit wichtigtuerischer Miene, er bete deshalb, damit die von der Zimmerdecke herabhängende Lampe bis zum Boden reiche; bei anderer Gelegenheit wieder: „Gedenke des Sonnabends, diese Erde ist Graf Pongrácz, und ich bin ein Finanzaufseher auf derselben, ich bitte Strümpfe, oder aber möge sich diese Wand in einen Baum verwandeln, oder ich in Helenchen, ich hatte ein Verhältnis mit der Bürgerschule und ein Verhältnis mit zwei Mädchen, aber keines ist gelungen." „Ich habe mir die Hand geschnitten, damit Mathias Corvin ein legitimer Mensch werde." Nach solchen ganz unzusammenhängenden Bemerkungen verstummt er und



Fig. 9.

schaut indifferent vor sich hin. Am 9. Dezember 1903 sagt er plötzlich, Johann Cservai hätte ihm befohlen, am 20. November das Fenster einzuschlagen, und im selben Momente springt er auf und stößt seinen Kopf in das Fenster. Am 27. Dezember küßt er jedem die Hände, kniet hierauf nieder, betet und grimassiert. Am 11. Januar 1904 ist er überaus lärmend, reibt den Kopf an dem Bett. Am 16. beginnt er ganz unzeitgemäß verschiedene Schulkenntnisse zu rezitieren und speit darauf seine Pantoffeln an. Bei der ärztlichen Visite am 28. Februar drückt er seine Nase an die Lehne der hölzernen Bank, und über den Grund dieser Handlung befragt, antwortet er mit wichtigtuerischer Miene, daß er „aus dem Holz einen Eisenring machen wolle" (ungarisches Sprichwort für sinnlose Arbeiten). Nach kurzer Pause legt er sich auf den Bauch, küßt 2 bis 3 Minuten hindurch in raschem Tempo die Dielen, und als Motiv dieser Handlung gibt er an, „eine Steuerplatte zu bitten". Am 7. März reibt er das Brot vor dem Verspeisen an den Genitalien. 16. März steht er auf den Händen, dann setzt er sich, beugt den Oberkörper nach vorne und küßt die Zehen seines erhobenen Fußes. Am 5. Mai erklärt er bei der ärztlichen Visite: „Ich bitte mir Eselsohren und Rhinozeroshaut einzutragen, auch bitte ich um mehr Selbstgefühl." 7. Mai: „Die Erde ist entschieden rund, — ich weiß, daß du nicht töten sollst, — der Kaffee ist eine amphibische Pflanze, — ich bin nicht Sohn des Mondes, sondern der Sonne, — ich empfehle mich"; hierauf schlägt er Purzelbäume, wirft sich zu Boden, imitiert das Weinen eines Kindes und vollführt zitternde Bewegungen. Am 11. Mai küßt er verschiedene Gegenstände, als Tisch, Bett, Dielen; über den Grund befragt, küßt er abermals den Tisch und sagt: „Dies ist ein ungarischer Professor, Turnlehrer Georg Petres, dies ist nur der Gesanglehrer Endre" usw. Am 27. Mai steht er im Garten auf den Händen, singt, schreit und küßt jeden, der ihm begegnet, ab. Am 26. Juni springt er plötzlich auf, schleudert den Wasserkrug zu Boden und setzt sich dann ruhig nieder. Am 14. Juli schreit er unzusammenhängende Worte und speit hierauf den sich entfernenden Oberarzt an. Zeitweise rauft sich



Fig. 10.

Patient die Haare, beschmiert sich mit Kot, uriniert auf die Dielen, wälzt sich am Boden zwischen den Betten, küßt und schleckt alles ab. Am 19. November legt er sich gelegentlich der ärztlichen Visite zu Boden, führt die große Zehe seines rechten Fußes zum Munde und küßt dieselbe längere Zeit. Befragt, warum er dies tue, gibt er zuerst an, Peter Balogh hätte ihm befohlen, am 13. Dezember seinen Fuß zu küssen und sich daran zu erinnern, dann wieder begründet er seine Handlung damit, daß er ein intensives Wachstum seines Fußes anstrebe, um grüne Schuhe und Bambusrohr zu erhalten; das Bambusrohr benötige er, weil er demnächst zum Lehrer gewählt werden solle und ihm dies vor den Zöglingen und dem Studieninspektor Respekt verschaffe. Im weiteren Krankheitsverlaufe häufen sich stets die unsinnigen psychischen und motorischen Handlungen, er küßt jeden und alles ab, schlägt im Zimmer und auf dem Steinboden des Hofes Purzelbäume, ohne daß man ihn daran verhindern konnte. So z. B. ruft er am 15. Juli 1905: „Salomon hätte es nicht wiederholt, aber er tut es doch. Er hat Professor M. im Turnsaale heftig angerempelt. Gott, Gott, Baron Gott, ich küsse ihn in der Volksschule“; dann küßt und umarmt er seine Mitkranken, küßt die Wand, herumliegendes Papier und schlägt einige Purzelbäume. Er erzählt die unsinnigsten Dinge mit der ernstesten Miene. Am 3. Oktober erhebt er bei der Morgenvisite den Fuß des Bettes, legt die Hand darunter und stemmt sich mit aller Kraft darauf; nach vollbrachter Tat erhebt er sich und sagt: „Ich habe 25 Gebete hergesagt, um heiraten zu können, ich bitte einen Walfisch, Tinte habe ich noch nicht getrunken.“ Patient wird stets unreiner, uriniert in die Beinkleider, beschmiert sich die Haare mit Faeces. Am 24. Dezember küßt er Wände und Dielen, schleckt den Fuß des Bettes, welchen er dann 32 mal mit der Nase berührt. 26. Dezember: körperliche Schwäche, liegt im Bett, springt aber plötzlich auf, schlägt Purzelbäume, läuft zu seinen Mitkranken und küßt dieselben, speit dann den ihm gegenüber Befindlichen an. Hierauf legt er sich wieder nieder, springt bald wieder auf, zieht das Hemd aus, kratzt sich die Stirne, schlägt sich aufs Knie, steckt alles in



Fig. 11.

den Mund, so z. B. seine Bettdecke, seine Zehen usw., küßt und schleckt den Inhalt des Spucknapfes. Am 3. Januar 1906 liegt er bei der ärztlichen Visite ruhig im Bett, springt aber plötzlich auf, läuft zum Tisch, erhebt sich auf ein Bein, beugt sich nach vorn und küßt die Tischplatte. Nach 4 Minuten erhebt er sich, singt mit weinerlichem Gesichtsausdruck die Nationalhymne, kniet nieder, küßt und schleckt den Rock des einen, die Weste eines anderen und läßt den Urin unter sich. Nach kurzer Zeit begibt er sich zu einem Mitkranken, küßt diesem die Hände, geht mit raschen Schritten zu seinem Bett, wo er sich gänzlich entkleidet. Dann blickt er um sich, geht zu einem liegenden Kranken, besieht sich dessen entblößte Brust, welche er anfangs küssen will, dann aber plötzlich anspeit. Aufgefordert sich anzukleiden, zieht er sein Hemd verkehrt an, zerrt die Halsbinde des ihn unterstützenden Wärters, küßt ihm dann die Hand und schließlich den Boden. Am 10. Februar deklamiert er ganz unzeitgemäß und mit durchgeistigtem Gesichtsausdruck folgendes: „Vermengen Sie Eselsfleisch mit Hirschfleisch, denn wenn Sie Eselsfleisch mit Hirschfleisch vermengen, wird Tokaj wachsen, wenn Sie aber Eselsfleisch und Hirschfleisch nicht vermengen, so wird Tokaj nicht wachsen!" Dann verfällt er wieder in seinen früheren apathischen Zustand. 12. Februar küßt er wieder alles ab. Am 24. Februar springt er plötzlich auf, läuft zu einem Mitkranken, küßt ihm die Füße und dann die Dielen. 4. März: Oberhalb des rechten Kniegelenkes ödematös gedunsene Haut. Am 10. März Eröffnung der Phlegmone, aus welcher sich reichlich Eiter ergießt; Verband. 18. März: Trotz seiner Wunde springt er auf einem Bein herum, küßt seine Genossen und die Dielen, schlägt Purzelbäume. Dabei versteht er die an ihn gerichteten Fragen ganz gut und beantwortet dieselben ziemlich prompt, ermüdet aber rasch und schwätzt dann ungereimtes Zeug. Zeitlich und örtlich ist er gut orientiert. Er erkennt seine Umgebung, weiß die Namen der Ärzte und Mitkranken, gibt ziemlich richtige Aufklärungen über die neuesten Geschehnisse des Anstaltslebens, rezitiert fehlerlos die früher erlernten Gedichte.



Fig. 12.



Fig. 13.

In den Kuß- und Schleckakten des J. E. mangelte jeder sexuelle Zug, all dies vollführte er mit indifferentem Gesichtsausdruck, ohne Zeichen einer Erregung, quasi mechanisch, als eine unsinnige und inhaltlose Äußerung.

Überhaupt zeigt sich in den psychischen und motorischen Aktionen bei der Dementia praecox in einer ganz eigenartigen Weise der periodische Ausbruch und der zumeist impulsive, automatische Charakter. Nach meinen Erfahrungen liegt dem nur sehr selten eine Halluzination, Illusion oder Wahnidee zugrunde. Behufs Klarlegung dieses Umstandes habe ich eingehende Untersuchungen gepflogen, und die Kranken konnten fast nie den Grund ihrer spontan angenommenen Körperhaltungen und Situationen, der Stereotypien, des Negativismus, des Mutazismus oder anderer psychomotorischer Erscheinungen angeben. Auf die Frage: „Warum tun Sie das?" antworten sie zumeist: „Ich weiß es nicht", oder aber sie geben eine nicht annehmbare, kleinliche, naive Erklärung. Ganz entschieden verneinen sie, daß ihnen dies jemand befohlen



Fig. 14.

oder sie dazu aufgemuntert hätte. Diese motorischen Abnormitäten stehen in keinerlei Zusammenhang mit dem Inhalte des Bewußtseins oder den Umständen und Verhältnissen und erscheinen als psychologisch ganz unbegründet.



Fig. 15.

Interessant ist in dieser Beziehung der 20 jährige Student S. Gy., welcher am 13. März 1904 in meine Abteilung aufgenommen wurde, und auf welchen sich die Abbildung 12 bezieht. Sein Vater starb im apoplektischen Insult, seine Mutter sprang im Verlaufe einer mit Halluzinationen verbundenen Psychose in den Brunnen und starb nach kurzer Zeit. S. Gy. hat seine Studien mit ausgezeichnetem Erfolg beendet und sich überdies viel mit Literatur und fremden Sprachen beschäftigt. Er war stets ruhig und nie ausschweifend. Als Kind onanierte er, geschlechtlich hat er nie verkehrt. Nach kurzer einleitender Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Depression verfiel er in eine maniakalische Aufregung, fühlte eine Erleichterung des Auffassungsvermögens und Hebung der geistigen Arbeitskraft, entdeckte in sich eine oratorische Befähigung, konzipierte Reden, deklamierte, fühlte eine napoleonische Kraft in sich. Behufs Erprobung seiner Kraft blickte er längere Zeit in die Sonne und nahm kalte Bäder. Nach diesen einleitenden Erscheinungen entwickelte sich rasch eine ganze Reihe katatonischer Symptome: verschiedene Grade der Muskelspannung, namentlich Flexibilitas cerea mit der charakteristischen Verharrung, statuenähnliche Posen, Bewegungs- und Haltungsstereotypien, perverse Handlungen und Situationen, Verbigeration, Negativismus, Mutazismus, dazwischen Nahrungsverweigerung. Am 14. Mai fragt er, „wie er in den



Fig. 16.

Garten hinabgehen soll, kalt oder warm, auf den Füßen oder auf den Händen, welche Zähne er zeigen soll, seine Pferde- oder Fohlenzähne?" Vom 10. Juni 1904 bis zum 21. Juli 1905 hat S. Gy. nicht ein einziges Wort gesprochen. Die an ihn gerichteten Fragen verstand er zwar, beantwortete dieselben aber nicht, höchstens schriftlich oder mit Zeichen; zeitweise lächelte er. Mitunter neckte er seine Mitkranken, trat von rückwärts auf ihre Pantoffeln, was ihm Freude bereitete, und imitierte dann die Bewegungen seiner Genossen. So griff er am 23. Juni 1904 nur dann nach seiner zu Boden geworfenen Kappe, wenn sich jemand bückte, um dieselbe aufzuheben. Als sich sein Mitkranker R. an einen Baum lehnte, tat er dasselbe; R. hatte einen mächtigen Schnurrbart, welchen S. Gy. in der Weise nachahmte, daß er vom Boden zwei Blätter aufhob und deren bloße Stiele sich in die Mundwinkel steckte. Oft nimmt er künstlerische, plastische Posen an, oder er vollführt in Phasen aufgelöste Turnbewegungen, mit kurzem Verharren in den einzelnen Phasen; auch macht er mitunter perverse Handlungen, so z. B. zieht er den Strumpf über den Schuh. Auf Aufforderung schreibt er formell und inhaltlich korrekte Briefe. Auf die mehrfach wiederholte Frage, warum er nicht spreche, schreibt er stets: „Ich weiß es nicht." Er leugnet ganz entschieden, daß ihm dies jemand befehle oder daß er beliebige andere Stimmen höre. Am 17. Juli 1905 bricht er in ein krampfhaftes Lachen aus, welches von Pausen in der Dauer von 2 bis 3 Minuten unterbrochen wird, dann verfällt er wieder in seinen apathischen Zustand. Am 21. Juli wiederholt sich das krampfhafte Lachen für eine kurze Zeit, dann beginnt er zu weinen. Nach langem Zureden beginnt er endlich zu sprechen, aber seine Worte sind kaum verständlich. Hierauf verfällt er in einen neuen Mutazismus, welcher bis zum 17. September währt. Gefragt, gibt er an, er hätte deshalb so lange nicht gesprochen, weil er das Gefühl hatte, als ob ihm etwas die Zunge niedergefesselt hielte. Am 18. September veritabler Redeschwall, Verbigeration, Patient lacht viel. Am 25. September ist Patient agitiert,



Fig. 17.

läuft unruhig aus einem Saal in den anderen, lacht, grimassiert, ist streitsüchtig. Seiner Schwester schreibt er einen ganz tadellosen Brief. Am nächsten Tag steigert sich die Aufregung, er klettert unter das Bett, kneift den eigenen Körper. Am 24. wird er wieder wortlos, gibt aber nach mehrtägigem Mutazismus ganz vernünftige Antworten und bittet um Lektüre. Am 12. Dezember erklärt er, daß er sich furchtbar blöd fühle. Am 13. Dezember erwähnt er, daß er einen ganz eigentümlichen geistigen Zustand fühle, nichts kümmere ihn, auch fühle er gar kein Bedürfnis, sich mit geistiger Arbeit zu beschäftigen. Die motorischen katatonischen Erscheinungen waren während des ganzen Krankheitsverlaufes mehr oder minder ausgesprochen, insbesondere die Flexibilitas cerea und Kristallisation. Am 16. Februar 1906 gibt er an, daß er sich ebenso fühle wie vor seiner Erkrankung. Am 23. Februar erzählt er ganz korrekt die Geschehnisse vor seiner Erkrankung, schildert die Initialsymptome derselben, benimmt sich ruhig und wohlerzogen. Auf die entsprechenden Fragen gibt er an, daß er Stimmen oder Flüstern nie gehört habe, auch hat er keine Gestalten usw. gesehen, unangenehme Gerüche oder Geschmackempfindungen hat er auch niemals gefühlt. Doch fügt er hinzu, daß manchmal „sein Gewissen wie ein Gedanke ertönte“, daß er dies und jenes richtig oder schlecht getan habe. Des weiteren gibt er an, er könne sein langes Schweigen nicht motivieren, doch sei es möglich, daß Ärzte und Wärter die anderen Kranken aufgefordert hätten zu schweigen, vielleicht hat auch er aus diesem Grunde geschwiegen „und sich später das Schweigen angewöhnt“. Auch für seine übrigen Handlungen und sein Verhalten kann er keinen annehmbaren Grund angeben. Seinen erhobenen Arm hielt er z. B. deshalb in dieser Lage, um sich zu überzeugen, ob der Schmerz aufhöre, andererseits, weil er glaubte, daß die Ärzte es so wünschten. Die Bewegungen der Mitkranken und den Schnurrbart des R. hat er deshalb nachgeahmt, um „sich zu zerstreuen“. Auch weiß er nicht, warum er zeitweise aufgeregt war, das aber kann er bestimmt



Fig. 18.

angeben, daß ihn niemand zu seinen Handlungen bewogen hat. Manchmal fühlte er im Körper kleine Schläge, „als ob sich ein Atom darin bewegte". Auffallend ist bei ihm eine gewisse Ödigkeit und Dumpfheit des Gemütslebens und ein Willensmangel. Am 28. Februar wird er von seiner Schwester in gebessertem Zustande nach Hause genommen, doch nach 3 Monaten neuerlich in eine Anstalt gebracht.

Ein anderer, gleichfalls an katatonischer Dementia praecox leidender Patient, auf welchen sich die Fig. 2, 8, 9, 10 und 11 beziehen, und bei welchem die Erregungszustände mit Remissionen von kürzerer oder längerer Dauer alternierten, behauptete wohl, daß er mitunter einzelne Worte oder Sätze vernommen habe, aber diese enthielten niemals einen auf seine Handlungen bezüglichen Befehl. Öfters schien es ihm, als würde er einen Wunsch seiner Umgebung ausführen, wenn er eine besonders eigentümliche Handlung vollführte. So z. B., wenn er seine Mahlzeiten nicht sogleich verzehrte, sondern vorher verschiedene, in einzelne Phasen zerlegte Handlungen vollführte und dabei in den einzelnen Phasen ein gewisses Verharren zeigte, hatte er die Empfindung, als wünschte jemand, daß er seine Nahrung durch vorher vollführte Bewegungen verdienen müßte. Doch hat er diesen Wunsch stets nur empfunden, gefühlt, nie aber war es der Fall, daß er denselben in Worten ausgedrückt gehört hätte. Wenn er nicht sprach, fühlte er keine Kraft in sich, die Worte auszusprechen, und selbst der Versuch des Sprechens bereitete ihm eine unangenehme Empfindung. Nie hat er verspürt, als würde ihm jemand bei diesen Gelegenheiten den Mund zuhalten oder die Zunge niederdrücken. Er behauptet ferner, daß er einzelne Handlungen als Ausfluß einer witzigen Laune vollführte, und daß er zu seiner Zerstreuung deklamierte und sang. Befragt, warum er den Ärzten oft den Weg mit ausgespreizten Armen verstellt habe, antwortete er, daß er damit sein besonderes Wohlwollen den Ärzten gegenüber beweisen wollte.



Fig. 19.

Es ist überaus schwierig, in den Mechanismus der sog. katatonischen Erscheinungen Einblick zu gewinnen, und man kann die-

selben bloß mit Hypothesen erklären. Nach meiner Ansicht müssen in der Mehrzahl der Fälle (namentlich bei den katatonischen Formen) die Bewegungs- und Haltungsstereotypien und die perversen Stellungen auf eine primäre, selbständige Störung der psychomotorischen Sphäre zurückgeführt werden, wie dies *Roller*, *Neisser*, *Binder* u. a. angenommen haben, doch läßt sich für einzelne Fälle der von *Schüle* betonte reflektorische Einfluß der Halluzinationen nicht leugnen. Eine auf Halluzinationen des Muskelgefühles (*Cramer*) verweisende Erscheinung konnte ich im Mutazismus des Patienten S. Gy. finden, indem derselbe behauptete, gelegentlich der Stummheit das Gefühl gehabt zu haben, als drücke ihm jemand die Zunge nieder. Jedenfalls besitzt bei den perversen Handlungen in der Dementia praecox einen großen Einfluß die von *Wernicke* betonte Perversität der Lageempfindung „oder irgend eines anderen Bestandteiles in der komplexen Größe der Bewegungsvorstellungen" (Grundriß der Psychiatrie) [1]).



Fig. 20.

Das Verharren in spontan angenommenen oder künstlich gegebenen Stellungen beruht auch zum Teil auf einer Ausschaltung des Lagegefühls und der durch Muskelspannung hervorgerufenen Schmerzempfindung aus dem Bewußtsein. Derartige Posen können die Kranken weit über die physiologischen Grenzen beibehalten, so nach meinen Erfahrungen 45 bis 50 Minuten hindurch. Daß dies aber auch

[1]) In jüngster Zeit hat *Jung* in seiner eingehenden Arbeit („Über die Psychologie der Dementia praecox") die auf eine psychologische Erklärung der Dementia praecox-Symptome bezüglichen Ansichten sehr eingehend gewürdigt, und die von ihm entwickelte Anschauung stellt die Frage in eine neue Beleuchtung.

unter physiologischen Umständen möglich ist, kann man an sich selbst erfahren, wenn man seine Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand konzentriert und dadurch das Bewußtsein künstlich einengt. Ich selbst war imstande, bei Anwendung der Fixationsmethode des Hypnotisierens, eine Bleifeder 30 bis 45 Minuten hindurch mit ausgestrecktem Arm vor die Augen des Mediums zu halten, ohne daß ich Müdigkeit oder den Wunsch, auszuruhen, empfunden hätte; dies war aber nur dann der Fall, wenn ich meine ganze Aufmerksamkeit auf das Gesicht des Patienten konzentrierte und so den Moment des Einschlafens beobachtete.



Fig. 21.

Bekannt ist, daß Halluzinationen, Illusionen, Wahnideen und Stimmungsschwankungen diverse Nuancen einer Hemmung, Steigerung oder Perversität der motorischen Handlungen hervorrufen können. Aber gerade der unleugbare enge Zusammenhang, also der sekundäre Charakter, der Verlauf, der positive oder negative Gefühlston, die Harmonie mit dem Inhalte des Bewußtseins unterscheiden diese Erscheinungen von jenen der katatonischen Fälle. Eine an Paranoia leidende Patientin hat z. B. gewisse Bewegungs- und Haltungsstereotypien angenommen, Symptome von Negativismus und Mutazismus gezeigt, aber all dies bloß auf Wunsch der „Geister", welche ihr fortwährend Befehle erteilten. Diese sind es, welche ihr Anweisung geben, wem sie die Hand reichen, daß sie an einer Stelle unverwandt sitzen, beim Gehen jeden zweiten Stein betreten, bei jedem fünften Schritt stehen bleiben, welchen Fuß sie vorsetzen, wohin sie ihr Bedürfnis verrichten soll usw.

Die bei den Epileptikern auftretenden Halluzinationen, die den Gemeingefühlsschwankungen entspringende Euphorie, Exaltation, das von den Kranken betonte „Gefühl der Glückseligkeit“ können häufig akinetische, hyperkinetische oder parakinetische Erscheinungen hervorrufen (epileptische Euthymopraxie). In ganz eigenartiger Weise zeigten sich diese bei zwei stark degenerierten Kranken, welche seit ihrer Kindheit an typischen epileptischen Anfällen litten, und bei welchen öfters Dämmerzustände mit lebhaften Halluzinationen, Agitationen und gewaltsamen Ausbrüchen beobachtet wurden.



Fig. 22.

Der 28 jährige Tagelöhner K. J. ging bei solcher Gelegenheit mit durchgeistigtem Gesichtsausdruck auf den Fußspitzen einher, preßte Brust oder Bauch hinaus, kniete dann nieder, faltete die Hände und pendelte nach Art betender Derwische nach vorne und hinten, wobei er mit dem Gesicht den Fußboden berührte, legte sich dann auf die Dielen, schlug Purzelbäume und wälzte sich am Boden herum. Auf Fragen antwortete er, man möge ihn nicht stören, er habe ein so ungewohntes Gefühl, daß er in seiner Freude gar nicht wisse, was er tun solle. Nach einigen Stunden hörte die Jaktation auf, und Patient gab an, daß, während er sein Gebetbuch las, er im Kopf und im Herzen eine derartige Erleichterung verspürte und ihn ein solches Gefühl wonniger Seligkeit überkam, daß er unmöglich ruhig bleiben konnte und sich herumwälzen mußte. — Der 27-jährige Zimmermann M. B., welcher des öfteren Halluzinationen religiösen Inhalts hatte, Gott, die heilige Jungfrau und die Engel sah und die Stimmen derselben hörte, blieb zeitweise starr stehen (wie dies Fig. 26 zeigt), vollführte bei zusammengepreßten Lippen kräftige Ausatmungsbewegungen, so daß er sich aufblies, wobei seine Augen aus den Höhlen traten und sein Gesicht ganz zyanotisch wurde. Er blieb Minuten, auch eine halbe Stunde hindurch in dieser Situation, und wenn er er-

müdete, wiederholte er dasselbe den ganzen Tag hindurch. Über den Grund befragt, gibt er an, ein Erzengel Gottes habe ihm befohlen, so zu handeln. Er behauptet, daß er sich im aufgeblasenen Zustande äußerst wohl und glücklich fühle. In Freudenekstase pendelt derselbe Kranke mit dem Oberkörper nach vorne, hinten, rechts und links, dreht sich um die Längsachse herum, drückt schließlich die Brust hinaus und hält den Atem einige Minuten lang zurück. Das Bewußtsein ist hierbei nicht aufgehoben.

Bei der progressiven Paralyse begegnen wir neben den charakteristischen motorischen Erscheinungen dieser Krankheitsform noch einer ganzen Reihe von motorischen Lähmungs- (Paresen, Paralysen) oder Reizzuständen (Tremor, Zuckungen, Krämpfe, Kontrakturen), welche sich auf einzelne Muskeln oder Muskelgruppen beschränken, ferner ataktischen, abnormen psychomotorischen Erscheinungen. Dieselben sind sowohl in der Monographie *Mendels* als auch in den einzelnen Lehrbüchern eingehend geschildert. Als besondere Seltenheiten hebt *Mendel* die choreaartigen, *Kemmler* die rhythmischen, *Hermann* die myoklonischen Krämpfe hervor. In neuerer Zeit schildert *Hermann* (Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Bd. XVIII) solche Fälle von progressiver Paralyse, bei welchen sich im späteren Stadium eine flektorische Kontraktur der Extremitäten in Verbindung mit Unbeweglichkeit der Wirbelsäule entwickelte. Dazu gesellte sich noch eine Atrophie der Muskulatur, und die Wirbelsäule war derart fixiert, daß die Kranken vollkommen unbehilflich und unfähig waren, sich umzuwenden.



Fig. 23.

Ich selbst konnte in einem Falle progressiver Paralyse solche Erscheinungen beobachten, welche an multiple Sklerose und an hereditäre Chorea erinnerten.

Der 45 jährige Bäckergehilfe F. war erblich nicht belastet; für luische Infektion keine positiven Daten, seine Frau abortierte. Zwei Jahre vor der Aufnahme konnte er nach einem apoplektiformen Insult das linke Bein für kurze Zeit nicht bewegen. Bald danach trat allgemeine Schwäche und ein Zittern der oberen und unteren Extremitäten auf. Aus dem Befunde am 20. Febr. 1904 mag folgendes hervorgehoben sein: Patient ist von hoher Statur, gut entwickelt, Ernährungszustand mittelmäßig. Beide Pupillen eng, unregelmäßig geformt und lichtstarr. Kein Nystagmus der Bulbi. Sulcus naso-labialis rechts nicht ausgeprägt. Zittern der Zunge, Lippen und Hände. Im Zustande vollkommener Ruhe kann man zeitweise leichte rhythmische Flexions-, Extensions-, Abduktions- und Adduktionsbewegungen in den Muskeln des Unterarmes, namentlich der Hand, und auch des Beines beobachten. So wie ich der Kranke erhebt, wenden oder stehen will, verbreiten sich diese Bewegungen auf den ganzen Körper, so daß er unfähig ist, eine intendierte Bewegung ohne fremde Hilfe auszuführen. Bei jedem Versuch erfolgt eine intensive Rötung der Arm der Brust und des Gesichtes. Bei jeder intendierten Bewegung der Extremitäten steigert sich das Zittern. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist auf der linken Körperhälfte lebhaft gesteigert, beklopft man den linken Deltoideus oder Pectoralis, entsteht eine leb-



Fig. 24



Fig. 25.



Fig. 26.

hafte idiomuskuläre Kontraktion. Kniereflex namentlich rechts lebhaft gesteigert, Bauchdeckenreflex rechts lebhaft, Kremasterreflex auslösbar. Kein *Babinski*sches Zeichen. Gang spastisch. Hautempfindlichkeit etwas herabgesetzt. Zeitweise Blasen- und Mastdarmstörungen. Sprache schwerfällig, dysarthrisch, bei jedem Sprechversuch anfangs blitzartige, dann rhythmische Zuckungen im linken Facialis. Schlingakt frei. Appetit gut, Schlaf unruhig. Gehobene Stimmung, Euphorie, Patient lacht viel. Zeitlich und örtlich gut orientiert, mangelnde Energie, hochgradige Indifferenz, kümmert sich weder um sein Schicksal noch um die Zukunft. Erinnerungsvermögen und Urteilskraft bedeutend vermindert. Im weiteren Verlaufe fortwährende Abnahme der geistigen Fähigkeiten und Aufhören der oben beschriebenen rhythmischen Bewegungen, wobei aber Ataxie und Intentionstremor weiterbestehen. 29. November 1904 ein und 23. April 1905 drei paralytische, apoplektiforme Insulte.

Bei verblödenden Kranken, insbesondere aber im vorgeschrittenen Stadium der progressiven Paralyse, ist eine häufige Erscheinung, daß die Kranken, im Bett liegend, den Kopf über die Kissen erhoben und weit nach vorne gestreckt halten und in dieser Situation Stunden, mit kurzen Unterbrechungen sogar den ganzen Tag hindurch verbleiben, was unter physiologischen Verhältnissen überaus ermüdend



Fig. 27.

und nur für kurze Zeit durchführbar ist. In derartigen Fällen fand ich eine knorpelharte, stockartig hervortretende Kontraktur beider, meist aber nur des einen Sternocleidomastoideus, wie dies aus Fig. 27 ersichtlich ist. Gleichzeitig mit dieser Kontraktur des Sternocleidomastoideus konnte ich auch häufig eine solche der geraden Bauchmuskeln nachweisen, so daß diese wie bretthharte mächtige Muskelwülste hervortraten.

Bei sitzenden, stehenden oder sich bewegenden Kranken vermag die temporäre und isolierte Kontraktur einzelner Muskeln auch eine schiefe Körperhaltung zu verursachen. Dies war der Fall bei dem 41 jährigen Patienten M. J., dessen weit vorgeschrittene progressive Paralyse durch Pupillendifferenz, mangelhafte Lichtreaktion, Fazialisparese, Zungen- und Händezittern, Dysarthrie, fehlende Kniereflexe, hochgradige Demenz, vollständige Unorientiertheit gekennzeichnet war; besonders durch temporäre Kontraktur des Quadratus lumborum nahm derselbe sowohl beim Stehen als beim Gehen eine nach der rechten Seite stark gekrümmte Körperhaltung an, wie dies Fig. 28 und 29 zeigen.



Fig. 28.

Es muß nachdrücklich betont werden, daß die hypochondrischen Sensationen und Wahnideen der Kranken sehr häufig eine organische Grundlage besitzen.

Die von Prof. *Wagner* erwähnte und von seinem Assistenten *Dobrschansky* eingehend studierte Erscheinung, „daß die Kranken bei Annäherung eines beliebigen Gegenstandes (Schlüssel, brennendes Streichholz) an ihr Gesicht, nach Art junger Vögel, die gefüttert werden, den Mund weit öffneten, eventuell auch den Gegenstand mit den Lippen zu erfassen suchten“ (Jahrbücher für Psychiatrie

und Neurologie Bd. 27 H. 1 u. 2 S. 144—171), habe ich auch im vorgeschrittenen Stadium der progressiven Paralyse beobachten können, obwohl dasselbe auch bei seniler Demenz, bei Dementia praecox und bei hochgradiger Demenz nach Hirnblutung vorhanden war.

Im Rahmen der progressiven Paralyse, im Stadium der vorgeschrittenen Verblödung pflegen auch an Katatonie erinnernde Körperhaltungen, Haltungs- und Bewegungsstereotypien, perverse Handlungen und Zeichen von Negativismus vorzukommen, doch unterscheiden sich diese von den rein katatonischen Erscheinungen durch ihre eigenartige Unsinnigkeit, Plumpheit und durch den Stempel, welchen ihnen die sinnlosen Wahnideen aufdrücken, ferner fehlt bei der Entwicklung solcher Erstarrungen der obenerwähnte Vorgang der Kristallisation, und der blöde Gesichtsausdruck fällt auf. Die hier vorkommenden Turnbewegungen, das Herumschleudern der Arme und Schultern, das Erheben des ganzen Körpers werden in plumper, ungeschlachter Weise ausgeführt.



Fig. 29.

Es ist eine Erfahrungstatsache, daß bei Geisteskrankheiten vasomotorische Störungen häufig auftreten; bei der Dementia praecox, namentlich bei den katatonischen Formen derselben, kann man nicht nur im Verlaufe der Krankheit ein durch nichts bedingtes plötzliches Erröten oder Erbleichen, Dermographie nachweisen, sondern die nach einer Pause neu auftretende Exazerbation der Erscheinungen ist gewöhnlich von einem anfallsweisen, intensiven Erröten des Gesichtes begleitet. Daß bei Geisteskranken intensive Tagesschwankungen der Temperatur und Herztätigkeit vorkommen können, ist bekannt, und mehrere Autoren betonten dies auch in ihren Lehrbüchern (z. B.

Ziehen). Ich ließ an meiner Klinik während einiger Monate täglich morgens und abends genaue Temperatur- und Pulsbestimmungen vornehmen. Einige Beispiele dieser Ergebnisse seien in den Abbildungen 30, 31 und 32 gegeben. Fig. 30 bezieht sich auf einen Katatoniker, Fig. 31 auf einen Paralytiker, Fig. 32 auf eine an Amentia leidende Frau.

Meine Beobachtungen bestätigen die erwähnten Erfahrungen, aber als auffallende Erscheinung vermochte ich zu konstatieren, daß bei den an Dementia praecox Leidenden Temperatur und Herztätigkeit nicht bloß große Tagesschwankungen aufweisen, sondern daß sich die Temperatur eher unter der Normalgrenze bewegte und daß die Pulszahl nicht im Verhältnis stand zum Grade der Temperatur. Ich konnte sehr oft rasche Herztätigkeit bei niederer Temperatur finden, und umgekehrt. Ähnliche Befunde habe ich vor Jahren bezüglich Unverhältnismäßigkeit von Temperatur und Herztätigkeit und bezüglich Schwankungen derselben auch bei Hysterischen mitgeteilt (Daten zu den Temperatur-, Puls- und Atmungsverhältnissen der Hysterischen. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1886, S. 665).

Aus der eingehenden klinischen Würdigung der bei den Geisteskranken auftretenden Erscheinungen kann gefolgert werden, daß besonderes Auftreten, Gruppierung und Verhalten einzelner motorischer Symptome, ihr Verhältnis zur geistigen und gemütlichen Sphäre, das Auftreten von organischen Störungen im Verlaufe eines Krankheitsbildes, häufige Wiederholung von Haltungs- und Bewegungsstereotypien, längeres Verharren in einzelnen Situationen, eine ständige Dissoziation der motorischen und psychischen Erscheinungen, das Auftreten von tierischen Zügen (Abschlecken und damit gleichwertiges

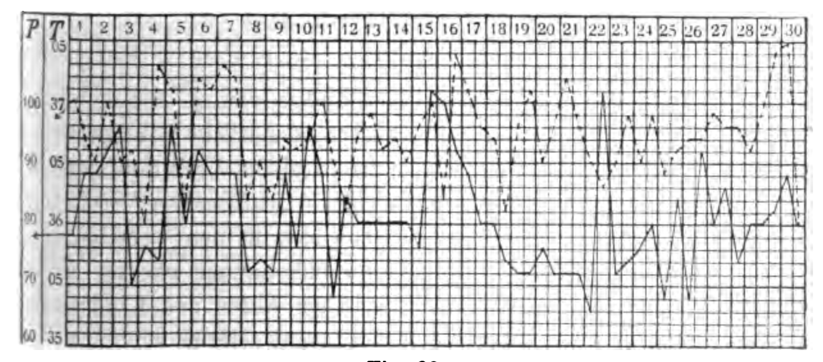


Fig. 30.

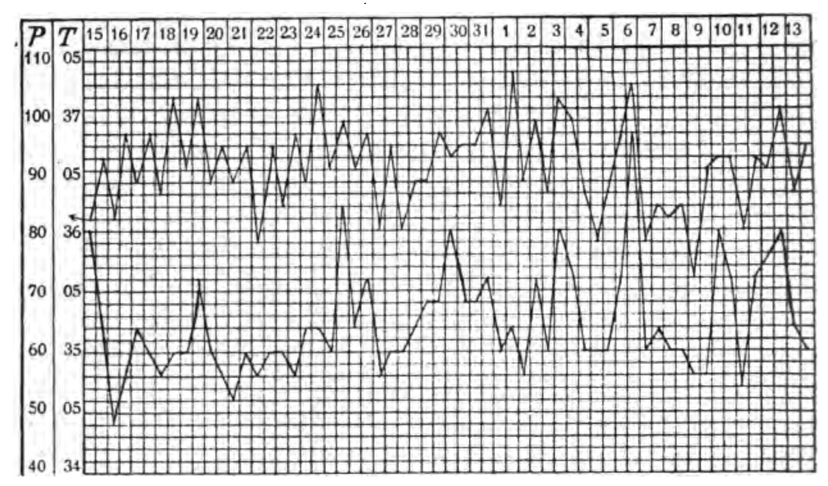


Fig. 31.

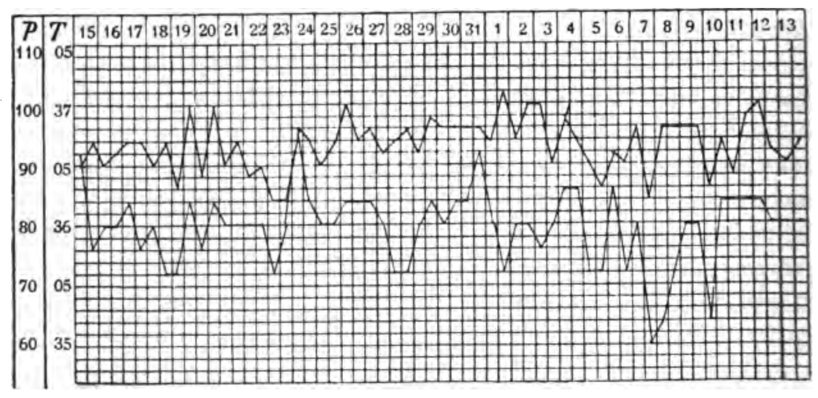


Fig. 32.

Abküssen von Personen und Gegenständen usw.), Akte, welche für das Aufhören des Ekelgefühls sprechen, gemütliche Stumpfheit — das unaufhaltsame Auftreten einer irreparablen Verblödung kennzeichnen. Des weiteren ergibt sich, daß bei fortschreitender Verblödung jene motorischen Erscheinungen, welche sich in den verschiedenen Graden der geistigen Entwicklung zu vervollkommnen pflegen, wieder den Rückfall zu den primitiven motorischen Akten des Kindesalters (reflektorische und automatische Bewegungen) zeigen.

Psychosen mit Herderkrankungen.

Von
Dr. Boege, Owinsk.[1]

In den letzten Jahren habe ich fünfmal Psychosen infolge von Herderkrankungen des Gehirns gesehen oder, richtiger gesagt, fünf Gehirne mit Herderkrankungen untersucht, deren Besitzer bei Lebzeiten geisteskrank gewesen waren. Ich habe nicht die Absicht, an der Hand dieser wenigen Fälle eine Symptomatologie der Tumorpsychosen zu geben oder gar dies interessante, aber noch wenig erforschte Gebiet der Psychopathologie von Grund aus zu erörtern. Auch werde ich nicht ausführliche Krankheitsgeschichten bringen, zumal da es mir nicht vergönnt gewesen ist, die Träger der fünf Gehirne, deren Untersuchung ich ausgeführt habe, nun auch alle persönlich genau kennen zu lernen. Ich möchte hier nur kurz die Sonderheiten der fünf Fälle besprechen, die den klinischen Verlauf auszeichneten, und die sich aus den anatomischen Untersuchungen ergeben haben.

Fall I. Der Kranke Alois H. ist der einzige, den ich selbst eingehend untersucht habe, und der bis an sein Ende auf meiner Abteilung geblieben ist. Seine Leiden begannen mit Kopfschmerzen und Schwindelgefühl und mit einer wachsenden Einbuße an Merkfähigkeit und Erinnerungsvermögen. Nach einem Jahre kam er auf die Irrenabteilung des Fürst Carl-Landesspitals in Sigmaringen. Hier war er meist leicht benommen und schwer zu fixieren. Er war ungenügend über Ort und Zeit orientiert. Sein Gedächtnis wies große Lücken auf. Seine Stimmung war deprimiert, aber dabei eigenartig humoristisch gefärbt. Es bestand ausgesprochene Ataxie. Der Puls war nicht verlangsamt. Das Flüssigkeitsbedürfnis

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung des nordostdeutschen Vereins f. Psych. u. Neur. in Danzig am 8. Juli 1907 gehaltenen Vortrage.

war erheblich gesteigert. Das Sehvermögen war auf die Unterscheidung von hell und dunkel beschränkt. Die linke Pupille war größer als die rechte. Die Pupillenlichtreaktion war träge. Der Augenspiegelbefund konnte bei der Unruhe des Kranken nicht einwandfrei erhoben werden. Die Grenzen der Papillen waren verwaschen, doch wiesen die Gefäße normale Füllung auf.

Anfangs seltener, später häufiger traten endlich Bewußtseinsstörungen von verschieden langer Dauer auf, und zwar zunächst, ohne daß motorische Reizerscheinungen sie begleiteten. Erst später gesellten sich zu den Bewußtseinsverlusten epileptiforme Krämpfe. Die Krampfanfälle waren dadurch ausgezeichnet, daß sie meist in der linken Hand begannen. Im weiteren Ablauf des Anfalls blieben sie nun entweder auf die linke Körperhälfte beschränkt oder verbreiteten sich über die gesamte Körpermuskulatur. Selten nur setzten die Krämpfe sofort universell ein. Für die Anfälle bestand komplette Amnesie.

Der Kranke ging im Laufe von drei Jahren langsam, aber ständig zurück. Kopfweh und Schwindel nahmen zu. Die Anfälle kamen häufiger und verliefen schwerer. Die Lichtempfindung schwand völlig. Die psychische Entfremdung wurde immer ausgesprochener. Das Sensorium war zum Schluß dauernd benommen. Er war ständig unrein. Die Flüssigkeitsaufnahme blieb stets vermehrt.

Mit Rücksicht auf das Kopfweh und den Schwindel, die epileptiformen Krämpfe, den Verlust der Sehkraft und mit Rücksicht auf die namentlich durch die zunehmende Benommenheit und Schwerbesinnlichkeit charakterisierte psychische Alienation stellten wir die Diagnose Hirntumor. Infolge der Sehstörung dachten wir wohl an einen Tumor der Basis, enthielten uns aber einer bestimmten Lokalisation.

Die Autopsie gab uns insofern recht, als sich eine Herderkrankung vorfand, statt des erwarteten Tumors im engeren Sinne fanden wir jedoch einen Cysticercus racemosus. An drei Stellen saßen Blasen. Eine etwa bohnengroße rundliche Einzelblase saß auf dem Chiasma nervorum opticorum; unterhalb der Kreuzung waren die Sehnerven auf 1/3 bis ½ des normalen Querschnitts reduziert. Ein etwa 12 bis 15 cm langes, unregelmäßig geformtes Gebilde von der charakteristischen traubigen Gestalt fand sich an der vorderen Fläche der Brücke und rings um das verlängerte Mark. Die gallertig aussehende bläuliche Masse reichte nach oben bis an die Hirnschenkel, nach abwärts bis in den Wirbelkanal hinein. Sie wies zahlreiche kugelige Ausbuchtungen auf und etwa 30 kleinere Tochterblasen, die der Wand der Mutterblase aufsaßen oder ihr eingefügt waren. Eine dritte aus vier Tochterblasen zusammengesetzte Blase von 3 cm Länge endlich saß auf der Hinterseite des Rückenmarkse unterhalb der Arachnoidea in der Höhe des 7. und 8. Halssegmentes. Dementsprechend wies das Halsmark eine geringe Deformation auf. Doch waren die Leitungsbahnen, wie auch die mikroskopische Untersuchung

bestätigte, intakt: eine sekundäre Degeneration lag nicht vor. Das mikroskopische Bild der Blasenwandung ließ die Kennzeichen der Zystizerkenmembran: Gefäßlosigkeit und steinpflasterähnliche Oberfläche, deutlich erkennen. Finnenköpfe und Hakenkränze wurden, wie das bei Cysticercus racemosus gewöhnlich ist, nicht gefunden [1]).

Fall II. Christian E., ist bis an sein Ende dauernd in Familienpflege geblieben, niemals in Anstaltsbehandlung gekommen. Im Alter von 53 Jahren stellten sich bei ihm nervöse Störungen ein: Schwindel, Erbrechen, Abnahme des Sehens, Stauungspapille, leichte Sprachstörung und leichte motorische Schwäche des rechten Arms und Beins. Daneben traten auch psychische Störungen in Erscheinung. Es bestand eine gewisse simpelige Heiterkeit, und das Gedächtnis nahm ab; der Kranke selbst erklärte durchaus zutreffend, es falle ihm eben nicht ein, das sei der Fehler. Erst ½ Jahr, nachdem der verstorbene *Wildermuth* die Diagnose Tumor cerebri gestellt hatte, erlag der Kranke seinen Leiden.

Mein damaliger Winnentaler Mitassistent Dr. *Kern* machte die Privatsektion im Hause des Kranken und übergab mir Geschwulstteile zur weiteren Untersuchung. Es handelte sich um eine ausgedehnte Infiltration des Marklagers beider Okzipitallappen und des hinteren Teiles des Balkens mit einem Tumorgewebe von wechselnder Konsistenz und wechselnder Farbe. Die Rinde war fast durchweg intakt. Der Tumor war nirgends scharf von den gesunden Markteilen abgesetzt, unterschied sich aber deutlich von dem weißen Mark durch seine dunklere, stellenweise mehr gelbliche Farbe; an vielen Stellen war er durch ältere und frischere Blutungen braun und rot gefärbt. Nach makroskopischem wie mikroskopischem Verhalten handelte es sich um ein zellreiches Gliom.

Der 3., 4. und 5. Fall entstammen dem Krankenmaterial der Anstalt Owinsk.

Bei Fall III kann ich mich kurz fassen. Martin P. litt seit der frühesten Jugend an Epilepsie und Schwachsinn höheren Grades. Mit 31 Jahren kam er in die Anstalt. Hier bot er im wesentlichen stets das gleiche Bild. Er war ein reizbarer, jähzorniger Mensch, der in seiner Erregung rücksichtslos auf seine Umgebung losschlug. Seine Intelligenz stand außerordentlich tief. Es mangelte ihm jede Initiative. Er war komplett mutazistisch. Er mußte gewaschen und angekleidet werden, war oft unrein. Seine Anfälle boten nichts Besonderes. Er legte sich während seines achtzehnjährigen Anstaltsaufenthaltes eine Lungen- und Darmtuberkulose zu; eines Tages perforierte ein Darmgeschwür, es kam zu einer akuten eitrigen Peritonitis, und im Alter von 49 Jahren beschloß unser Kranker sein tatenloses Dasein.

---

[1]) Fall I ist ausführlicher in der psych.-neur. Wochenschrift 1905 Nr. 52 veröffentlicht worden.

Bei seiner Sektion fanden sich in den Stirnlappen zwei große Zysten. Nur die vorderen Zentralwindungen waren noch erhalten, bis zum Sulcus praecentralis waren die Rinde und auch der größte Teil des Marklagers durch die Zysten eingenommen. Die Annahme, daß es sich um angeborene Zysten handelt, deren Entstehung in das intrauterine Leben zurückreicht — um Porenzephalien — bedarf wohl keiner längeren Erörterung.

Fall IV. Recht unklar blieb während des Lebens die Natur des Leidens bei unserem vierten Kranken, Ignaz P. Er erkrankte mit 49 Jahren, kam mit 52 Jahren in die Anstalt und starb in ihr nach zweijährigem Aufenthalt. Sowohl der einweisende Arzt wie die Anstaltsärzte hatten die Diagnose Lues cerebri gestellt. Welche Erwägungen zu dieser Diagnose geführt haben, ist mir nachträglich nicht recht ersichtlich; denn die Tatsache, daß ein Luischer an einer undefinierbaren Geistesstörung erkrankt, berechtigt meines Ermessens noch nicht zur Diagnose einer Lues cerebri. Das vornehmlichste Symptom, mit dem die Erkrankung begann, und das auch in der Anstalt das Symptombild beherrschte, war eine zunehmende Sehstörung. Bei der Aufnahme lag bereits totale Amaurose vor. In dem ärztlichen Zeugnis, auf Grund dessen die Aufnahme erfolgte, ist von Wahnvorstellungen und Gehörshalluzinationen die Rede. Ich bin gegenüber den Halluzinationen unserer Aufnahmezeugnisse sehr skeptisch geworden. Es würde mich zu weit führen, darauf hier einzugehen. In unserem Falle glaube ich nicht an die behaupteten Halluzinationen, zumal da sie nicht durch Tatsachen belegt sind. Während seines Anstaltsaufenthaltes bot der Kranke jedenfalls keinerlei aktive Krankheitserscheinungen: keine Depressions- oder Erregungszustände, keine Wahnideen, keine Sinnestäuschungen. Abgesehen von einer Pupillenlichtstarre erwähnt die Krankheitsgeschichte auch keinerlei somatische Symptome. Er dämmerte dahin, zeigte niemals Initiative, war stumpf und teilnahmlos, ließ sich aber doch zu einer Unterhaltung fixieren und entwickelte dann mehr Kenntnisse, als ihm gewöhnlich zugetraut wurden. Die Ergebnisse einer Intellektprüfung sind in der Krankheitsgeschichte leider nicht festgehalten. Er war ein außerordentlich ruhiger Kranker, der kaum jemals durch irgendeine Lebensäußerung die Aufmerksamkeit seiner Pfleger und Ärzte auf sich zog. Darum vielleicht auch sind über den Krankheitsverlauf in der Krankheitsgeschichte nur die spärlichen Notizen enthalten, die ich Ihnen soeben wiedergegeben habe. Während der 10 Tage, die der Kranke vorübergehend auf meiner Abteilung lag, fielen mir besonders eine leichte Benommenheit, eine gewisse Schwerbesinnlichkeit und Schwerfixierbarkeit auf. Die Diagnose Lues cerebri habe ich nie geteilt, eine eigene Diagnose allerdings auch nicht gestellt. An einem fieberhaften Darmkatarrh ging der Kranke ziemlich plötzlich ein.

Die Sektion ergab, abgesehen von den Veränderungen in den Brust- und Bauchorganen, einen Hydrocephalus externus und einen Hypophysentumor. An Stelle der Hypophyse fand sich eine

kugelige Geschwulst von der Größe eines kleinen Apfels. Sie fühlte sich derb an und ließ sich gut schneiden. Ihre Schnittfläche war im allgemeinen blaßrot und wies zahlreiche weißliche Flecken und weiße zarte Gewebszüge auf, die sich netzartig untereinander verzweigten. Die Geschwulst war mit dem Gehirn und den Knochen der Schädelbasis — d. h. Sella turcica und Umgebung — verwachsen. Doch war sie nicht in das Gehirn hineingewuchert. Auch an mikroskopischen Präparaten mit spezifischer Rindenfärbung war zu sehen, daß die Hirnrinde völlig unversehrt bis an den Tumor heranreichte. Das mikroskopische Bild führte zu der Diagnose Sarkom. Beachtenswert erscheint, daß der Tumor fünf Jahre bestand und dann der Exitus an einer interkurrenten Krankheit erfolgte.

Fall V. Einen sehr eigenartigen Verlauf bietet der fünfte und letzte Fall. Eine 49 jährige Arbeiterfrau — Marianne S. —, die sich bisher völlig gesund gefühlt hatte und regelmäßig ihrer Beschäftigung nachgegangen war, erkrankte plötzlich am 22. Dezember 1906. Sie verrichtete nicht mehr die gewohnte Hausarbeit, saß stumpf umher und gab keine Auskunft über ihr verändertes Benehmen. Am nächsten Tage war sie leicht erregt, doch kam es nicht zu motorischen Entladungen. Vom dritten Tage an blieb sie bettlägerig. Sie war völlig teilnahmlos, ließ alles ohne Widerstreben mit sich vornehmen, äußerte keinen Wunsch und keine Klage, sie war unrein. Sehr bald trat Dekubitus auf. Am 26. Januar 1907 kam sie in die Anstalt.

Es war eine kräftig gebaute, schlecht genährte Frau. Sie hatte große Dekubitalgeschwüre. Die Pupillen reagierten sehr träge auf Licht. Sonstige motorische Störungen bestanden jedoch nicht. Eine Sensibilitätsprüfung führte wegen des stuporösen Verhaltens der Kranken zu keinem Ergebnis. Die Kranke war meist unruhig, warf sich im Bett hin und her, zerriß den Verband. Sie war schwer zu fixieren und gab nur zögernd und sehr leise Antwort ohne Zusammenhang mit dem Sinn der Frage. Sie war örtlich und zeitlich nicht orientiert. Sie verriet keine Jnitiative und widersetzte sich auch nicht den Handgriffen und Handreichungen, die ihre Pflege notwendig machte. Die Benommenheit und Dissoziation nahmen ständig zu. Am 10. Februar, nachdem die Krankheit 7 Wochen gewährt hatte, ging die Kranke ein.

Die klinische Diagnose hatte vermutungsweise Paralyse gelautet. Die Sektion ergab nun folgenden überraschenden Befund: Mäßiger Hydrocephalus externus und internus, Körnung der Ventrikelauskleidung. Die Marklager beider Stirnlappen und das Balkenknie waren durchsetzt von ausgedehnten zusammenhängenden Geschwulstmassen, die die Rinde jedoch überall freiließen. Der Tumorteil im rechten Stirnlappen hatte etwa Apfelgröße, der des linken Lappens war kleiner. In das Jnnere der im allgemeinen festen, aber an zahlreichen Stellen erweichten Geschwulst waren vielfach Blutungen erfolgt. Nach dem

makroskopischen Verhalten, wie nach dem mikroskopischen Bilde handelt es sich um ein Gliom. Im Gegensatz zu dem langsamen Wachstum des Sarkoms im Fall IV fällt hier in erster Reihe auf, daß die Geschwulst schon 7 Wochen, nachdem sie zum erstenmal Erscheinungen gemacht hatte, zum tödlichen Ausgang geführt hat. Ein derartiger Verlauf ist beim Gliom jedoch nicht allzu selten. Das Gliom wächst an sich nicht schnell; lange Zeit kann es sogar ganz symptomlos bleiben, bis es eines Tages, meist infolge von Blutungen in sein Gewebe, mit reichem Symptomenbilde in Erscheinung tritt. So erinnere ich mich eines Glioms aus der Anstalt Wuhlgarten. Hier war die Diagnose Tumor des Schläfelappens wohl gestellt worden; aber das Krankheitsbild hielt sich in engem Rahmen, bis ganz plötzlich mehrere insultartige Verschlimmerungen unter jedesmaliger Bereicherung des Symptomenbildes Zweifel an der Diagnose Tumor hervorriefen und an Apoplexien denken ließen. Wie die Sektion später ergab, handelte es sich um multiple Blutungen in 2 Gliome hinein.

Gestatten Sie mir zum Schluß noch eine gemeinsame Epikrise.

Die Diagnose des Hirntumors basiert auf der Feststellung von Herdsymptomen und auf dem Auftreten von Fern- oder Allgemeinerscheinungen. Die Besprechung der verschiedenen Herdsymptome, deren Kenntnis und Würdigung wegen ihres lokaldiagnostischen Wertes erforderlich ist, als Reiz- und Ausfallserscheinungen seitens der 12 Hirnnerven und der Leitungsbahnen und seitens der in ihrer physiologischen Bedeutung erkannten motorischen und sensorischen Rindenfelder — gehört nicht zu meinem Thema. Hervorgehoben sei nur, daß in unserem Fall I. die Sehstörung und im Fall II die aphasische Störung mit maßgebend für die Diagnose des Tumors gewesen sind. Es unterliegt wohl auch keinem Zweifel, daß die Sehnervenatrophie tatsächlich durch den Druck der dem Chiasma aufsitzenden Zystizerkusblase zustande gekommen war. Auch im Fall III hätte meines Ermessens, wenn überhaupt die Diagnose Tumor in Erwägung gezogen worden wäre, die doppelseitige Sehnervenatrophie zur Annahme eines Tumors in der Gegend der Sehnervenkreuzung führen müssen.

Bei den Allgemeinerscheinungen, die vom Hirntumor gesetzt werden, haben wir nervöse und psychische zu unterscheiden. Auf die nervösen als Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Stauungspapille und Krämpfe, möchte ich ebenfalls nicht eingehen. Dagegen müssen wir uns mit den psychischen Allgemeinerscheinungen etwas näher beschäftigen.

Man hat versucht — namentlich *Schuster* hat das vorliegende Material einer sorgfältigen statistischen Bearbeitung unterzogen — zwischen dem Sitz des Tumors und dem psychischen Zustandsbild einen Zusammenhang zu konstruieren. Doch sind alle Bemühungen nach psychischen Lokalsymptomen zu fahnden bisher als verfehlt zu bezeichnen. Am ersten dürfte noch die Erfahrung beachtenswert sein, daß das von *Jastrowitz* als Moria, von *Oppenheim* als Witzelsucht beschriebene Symptom — Neigung zu Wortspielen, zu kleinen Possen und Streichen, kurz eine unmotivierte harmlose Vergnügtheit — vornehmlich bei Tumoren des Stirnhirns [1]) beobachtet wird, allein auch dieses Symptom nicht in einem derartigen Prozentsatz [2]) bei Stirnhirngeschwülsten, daß ihm eine lokaldiagnostische Bedeutung beigemessen werden könnte. — Eine Erfahrung ist jedoch immer wieder gemacht und durch Sammelstatistiken bestätigt worden, daß in der großen Mehrzahl der Fälle von Hirntumoren gewisse Symptome das Bild beherrschen: nämlich mehr minder schwere Benommenheit bis zum tiefen Koma, Schwerbesinnlichkeit, Schwerfixierbarkeit und Apathie, also Symptome, die in ihrer Gesamtheit bei oberflächlicher Betrachtung als Demenz imponieren können. Zugegeben muß werden, daß es manchmal zu ausgesprochener Demenz kommt. In der Mehrzahl der Fälle liegt jedoch nicht ein wirklicher Intelligenzdefekt vor, d. h. Gedächtnisschwäche und Urteilsschwäche; sondern infolge der Benommenheit fällt es den Kranken nur schwer, sich auf die Antwort zu besinnen, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zeigen sich bei eingehender Prüfung besser erhalten, als es zunächst erscheint. Dem entspricht auch, daß wir bei der — sit venia verbo — Pseudodemenz des Hirntumors sehr oft das Gefühl der psychischen Insuffizienz finden, wie in Fall I und IV. Die echte Demenz kennt dies Gefühl nicht.

In über 50 % der Hirntumoren [3]) finden sich nun diese eben skizzierten Symptome ganz allein ohne jegliche aktive Erscheinun-

---

[1]) *Schuster* fand das Symptom 23mal erwähnt, davon 15mal bei Befallensein des Stirnhirns.

[2]) Nur in 10% der Stirnhirntumoren.

[3]) Nach *Schuster* in 54,6%.

gen. In anderen Fällen dagegen gesellen sich zu ihnen oder verdecken sie auch völlig andere Krankheitszeichen, so daß man bei Hirntumoren fast alle der bekannten psychotischen Symptombilder — um den Namen Psychosen zu vermeiden — gefunden hat. Es sind melancholische und manische, paranoische und paralytische Zustandsbilder beobachtet worden. Wenn wir hieraufhin unsere 5 Fälle durchsehen, so müssen wir den Fall III, bei dem entsprechend den kongenitalen Zysten angeborener Schwachsinn und angeborene Epilepsie bestanden, natürlich ausscheiden. Die anderen vier Fälle jedoch boten das fragliche Symptomenbild des Pseudostupors, der Pseudodemenz in mehr minder hohem Grade, und zwar ohne begleitende aktive Krankheitserscheinungen.

Die Annahme, daß die beobachteten psychotischen Symptome durch die Hirntumoren auch tatsächlich bedingt waren und sie nicht nur begleiteten, kann füglich wohl nicht bezweifelt werden. Darum habe ich den Vortrag anfänglich „Psychosen d u r c h Herderkrankungen" nennen wollen, schließlich erschien es mir jedoch voraussetzungsloser und darum weniger anfechtbar, „Psychosen m i t Herderkrankungen" zu sagen. Auf theoretische Erörterungen über den physiologischen Konnex zwischen Psychose und Herderkrankung habe ich mich absichtlich nicht eingelassen.

Über die psychischen Störungen bei der Chorea minor
nebst Bemerkungen zur Symptomatologie der Chorea.

Von

Dr. Karl Kleist,

Assistenzarzt der Universitätsklinik für Geistes- und Nervenkranke in Halle a. S.
(Geheimrat Professor Dr. *Anton.*)

Die vorliegende Arbeit ist im Zusammenhang mit Untersuchungen über die Motilitätspsychosen *Wernickes* entstanden[1]). Es erhob sich die Schwierigkeit, diejenigen Formen der Motilitätspsychosen, bei denen choreatische Bewegungen auftreten, von Fällen eigentlicher Chorea minor abzugrenzen, in deren Verlaufe sich psychische Störungen zu den choreatischen Symptomen hinzugesellen. Auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und Meinungen ist diese Abgrenzung nicht möglich. Auf der einen Seite bedarf *Wernickes* Lehre von den Motilitätspsychosen noch in verschiedenen Richtungen der Ergänzung und Begründung. Die Unterschiede zwischen Motilitätspsychosen mit choreatischen Bewegungen und Psychosen bei Chorea bespricht *Wernicke* selbst nicht genauer. Man findet bei ihm nur die Bemerkung, daß zu schwerer Chorea gewöhnlich ein maniakalischer Zustand oder eine krankhaft gereizte Stimmung und Zornmütigkeit hinzutrete[2]). Anderseits stimmen die Autoren, welche zusammenfassend über die Psychosen bei Chorea gearbeitet haben, nur darin überein, daß Reizbarkeit, Stimmungswechsel und

---

[1]) Vgl. meinen Vortrag „Über die Motilitätspsychosen *Wernickes*", Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt. am Main am 25. und 26. April 1907 (dieser Bd. S. 499).

[2]) Grundriß der Psychiatrie, 1. Aufl., S. 387.

Aufmerksamkeitsstörungen die Chorea minor gewöhnlich begleiten, während hinsichtlich der Psychosen im engeren Sinne sehr widersprechende Anschauungen geäußert worden sind. Ein Grund für diese Uneinigkeit liegt darin, daß die Begriffsbestimmung der choreatischen Bewegungen sich bei den einzelnen Autoren bis in die jüngste Zeit nicht völlig deckt. Eine Begriffsbestimmung der choreatischen Bewegungen kann nur aus der einfachen Beobachtung und Beschreibung derselben gewonnen werden. Dieser Voraussetzung genügt m. E. in umfassendster Weise *Försters*[1]) Analyse des Wesens der choreatischen Bewegungsstörung, dessen Begriffsbestimmung der choreatischen Bewegungen ich mich im folgenden anschließe. Statt der einfach beschreibenden Darstellung haben mehrere Autoren die choreatischen Bewegungen nach den Bedingungen, unter denen man diese Erscheinungen auftreten sah, als Mitbewegungen definiert. Offenbar ist dies keine eigentliche Definition; denn wenn man die choreatischen Bewegungen als Mitbewegungen bezeichnet, so setzt man sie einem weiteren Begriffe gleich, der außer ihnen noch zahlreiche andere Bewegungsformen umfaßt, die ihrer reinen Erscheinung nach mit den choreatischen Bewegungen wenig oder nichts zu tun haben.

So konnte es kommen, daß *Arndt*[2]), der z. B. das Wesen der choreatischen Bewegungen in ihrem Auftreten als Mitbewegungen sah, in seiner Arbeit über „Chorea und Psychose" die Bewegungen eines Kranken als choreatische ansah, der jedesmal, wenn er ein Glas nahm, dasselbe erst drei- bis viermal anfaßte, ehe er es zum Munde führte, oder die eines anderen, der kein Wort sagen konnte, ohne demselben durch Gesichterschneiden und Ausrufe wie „Hundsfott, Schweinehund, Bestie" den Weg frei gemacht zu haben. (Mit dieser Kritik soll übrigens die Bedeutung der *Arndt*schen Arbeit nicht verkannt werden. Man findet in ihr — abgesehen von der mißverständlichen Auffassung der Chorea — zum ersten Male gewisse, anscheinend willkürliche und überlegte, kompliziertere Bewegungen der Geisteskranken als primäre, von jeder Überlegung unabhängige Bewegungserscheinungen — wir würden heute mit *Wernicke* sagen, als Pseudospontanbewegun-

---

[1]) Sammlung klinischer Vorträge, begr. von *Volkmann*, 1904, Heft 328.
[2]) Arch. f. Psych. I.

gen — erfaßt und sogar schon den rückwirkenden Einfluß dieser primären Bewegungen auf die Gedankentätigkeit, die Entstehung von Erklärungsvorstellungen aus Bewegungen, erkannt.)

Es ist daher, wenn die Autoren schlechthin von choreatischen Bewegungen sprechen, oft zweifelhaft, ob echte choreatische Bewegungen beobachtet worden sind; so z. B. wenn *Mairet*[1]) in seiner „Manie choréique“ einfach von „mouvements choréiques très nets“ redet. Auch die an einen anderen Fall *Mairets* geknüpfte Beschreibung „secousses de la face . . . soulèvement brusque d'une ou deux épaules avec inclinaison de la tête sur une des épaules“ überzeugt nicht, daß der Kranke echte choreatische Bewegungen geboten hat. Möglicherweise handelt es sich wieder um Pseudospontanbewegungen, die ja den choreatischen Bewegungen sehr ähneln können, und die man erst durch *Wernicke* von diesen zu unterscheiden gelernt hat. Dasselbe gilt von *Knauer*[2]), dessen erster Kranker, offenbar ein Hebephrener, mitten in der Arbeit aufsprang, auf der Stelle hüpfte, Ruderbewegungen machte, mit den Armen schlänkerte, wie ein Pfeil durchs Zimmer schoß, und dessen zweite Kranke schlug, zappelte, hüpfte, sich umherkollerte u. ä.; die „Chorea“ der dritten Kranken *Knauers* bestand darin, daß die Patientin die Arme emporwarf und herumtanzte.

Alle Schlüsse über den Zusammenhang von Chorea und Psychosen sind nicht bindend, wenn die Beschreibung der Fälle, von denen diese Schlüsse abgeleitet sind, Zweifel läßt, ob die krankhaften Bewegungen wirklich choreatische Bewegungen waren, oder wenn offenbar nicht-choreatische Bewegungen mißverständlich als solche angesehen wurden. So wird der Satz *Arndts*, daß keine Chorea ohne Psychose vorkomme, durch die Beobachtnngen *Arndts* an den in unserem Sinne nicht choreatischen Kranken nicht bewiesen.

Andere Gründe für die Unstimmigkeit der Ansichten über Choreapsychosen ergeben sich aus den folgenden Beispielen:

Zinn[3]) kommt auf Grund einer umfassenden Zusammenstellung der Literatur über Choreapsychosen zu dem Ergebnis, daß alle Formen der

---

[1]) Annales médico-psychol. 1889.

[2]) Monatsschr. f. Psych. u. Neur. I, 1897.

[3]) Arch. f. Psych. Bd. 28, 1896.

sog. funktionellen Psychosen bei Chorea vorkommen, wobei die Psychosen der akuten Chorea einen mehr maniakalischen oder deliriumartigen, die der chronischen einen mehr depressiven oder stuporösen Charakter haben. Nach *Möbius* [1]) dagegen, der im Jahre 1892 eine große Anzahl von Einzelbeobachtungen über Choreapsychosen aus der Literatur gesammelt hat, entspricht das Bild der Psychose bei der Chorea minor vollständig dem der infektiösen Psychosen. Von diesen letzteren gibt *Möbius* eine summarische Beschreibung, die er in die Worte zusammenfaßt: „Mit andern Worten, in der Sprache der Irrenärzte: Alle Gifte bewirken halluzinatorische Verwirrtheit"; immer sei ein traumhafter Zustand die Grundlage. Aus allen Beobachtungen glaubt *Möbius* in der Regel die beiden Hauptsymptome, Verwirrtheit und Halluzinationen verschiedener Sinne, herauslesen zu können. *Wollenberg* [2]) äußert sich ähnlich; nur erkennt er den Fällen mit psychischen „Lähmungserscheinungen", mit Stupor, eine gewisse Selbständigkeit zu.

Krafft-Ebing [3]) trennt wenigstens die Delirien von der sog. Verwirrtheit. Der Wert seiner Arbeit liegt hauptsächlich darin, daß er die Verschiedenheit der ätiologischen Momente, welche bei der Entstehung von Psychosen bei Chorea in Betracht kommen, berücksichtigt. Er unterscheidet flüchtige, leichte Fieberdelirien, Erschöpfungserscheinungen (Vergeßlichkeit, erschwertes Denken, Verwirrtheit bis zum Erschöpfungsdelirium auf Grund von Schlaflosigkeit, ungenügender Nahrung, Fieber usw.), dann eigentliche Geisteskrankheiten aus gleicher Infektionsquelle, als einfache oder halluzinatorische Verwirrtheit bis zu Stupor und Blödsinn, endlich komplizierende Psychosen aus demselben psychischen Trauma oder selbständig entstanden.

Während also *Zinn* verschiedene Formen von Geistesstörung auseinanderzuhalten sucht, neigen die andern Autoren mehr oder weniger dazu, die Krankheitsbilder auf Grund einzelner Symptome, wie der Halluzinationen und der sog. Verwirrtheit, zusammenzufassen. Am weitesten geht darin *Möbius*, der überhaupt nur eine Choreapsychose, eben die halluzinatorische Verwirrtheit, anerkennt.

Es ist aus prinzipiellen Gründen sehr lehrreich, sich mit diesem Versuche von *Möbius* etwas genauer zu beschäftigen:

Der *Möbius*schen Behauptung, daß man auch aus den zum Teil unvollständigen Krankenbeschreibungen, die er referiert, die Hauptsymptome — Sinnestäuschungen und Verwirrtheit — heraus erkennen könne, steht eine Beschreibung wie die von *Thore*s erstem Fall gegenüber: „Am 12. bis 14. Juni abends ängstigende Halluzinationen des Gesichts, Gehörs, Gefühls, am 15. auch morgens. Am 17. Nachlaß der Chorea und der Sinnestäu-

---

[1]) Neurol. Beiträge 2.

[2]) Chorea, Paralysis agitans usw. Wien 1899.

[3]) Wiener klinische Rundschau 1900.

schungen. Am 20. war die Kranke nur noch nachdenklich, weichmütig" — oder die beiden Fälle von *Wiglesworth*. Bei dem ersten heißt es: „Délire maniaque d'une violence modérée avec hallucinations de l'ouie, de la vue et illusions du toucher", bei dem zweiten „c'est encore une maniaque subaigue avec hallucinations multiples (ouie, goût, toucher)". Wo ist in diesen Krankenbeschreibungen etwas von Verwirrtheit zu erkennen? In andern Fällen, die *Möbius* referiert, scheint die sog. Verwirrtheit aus der kurzen Bemerkung der Autoren: „der Kranke sprach verwirrt", „die Kranke war verwirrt", „Ideengang inkohärent" oder gar „she became delirious" abgeleitet zu sein. Schließlich findet sich unter den Fällen einer, der von *Barker* — Stupor in der Rekonvaleszenz —, in dem weder von Verwirrtheit noch von Halluzinationen etwas erwähnt ist, wie *Möbius* selbst bemerkt. Die beiden sog. Hauptsymptome fehlen also, wenn man die Fälle unvoreingenommen betrachtet, in einer Anzahl der Beobachtungen, und in einigen andern soll man sich aus Worten wie „verwirrt", „delirious" von ihrem Vorhandensein überzeugen lassen. Dabei macht *Möbius* nirgends den Versuch, auseinanderzusetzen, was er denn eigentlich unter dem vieldeutigen Begriff Verwirrtheit versteht. Meint er eine Störung der Bewußtseinstätigkeit, wie *Meynert* sie beschrieben hat, eine primäre Ausfallserscheinung, oder eine nur sekundär durch Halluzinationen bedingte scheinbare Verwirrtheit, oder versteht er unter Verwirrtheit eine Desorientierung über die Außenwelt oder auf andern Bewußtseinsgebieten?

Läßt man aber die, wie mir scheint, sehr willkürliche Hervorhebung der beiden Symptome Verwirrtheit und Halluzinationen beiseite, so offenbaren sich die *Möbius*schen Fälle als untereinander recht verschiedenartig. Da sind ängstlich-halluzinatorische Zustände, maniakalische Krankheitsbilder, Kranke mit traumhaft kombinierten Sinnestäuschungen, Fälle mit vorwiegend hypochondrischen Sensationen, dann einige Kranke mit Stupor. Zweimal werden stuporöse Nachstadien erwähnt: Die zweite Kranke *Russels* hatte zuerst Rededrang, war „verwirrt und aufgeregt", fürchtete getötet zu werden, sang und lachte; dann wurde sie apathisch, gab keine Zeichen von Verständnis, verharrte in beliebigen Stellungen. Eine ähnliche Kranke *Köppens* wurde nach einer ängstlich-halluzinatorischen Phase apathisch und zeigte Nachahmungssucht. Vielleicht hat es sich bei der ersten Kranken *Thores* um eine nur leichtere Ausprägung derselben Symptome gehandelt: sie war nach einer ängstlich-halluzinatorischen Krankheitsphase „nur noch nachdenklich, weichmütig".

Die Beobachtungen sind tatsächlich, wie *Möbius* mit Recht hervorhebt, sehr unvollständig, so daß die klinische Eigenart der einzelnen Fälle nicht genau bestimmt werden kann. Wenn sich aber etwas mit einiger Sicherheit über sie aussagen läßt, so ist es nicht, daß die Fälle alle einer Krankheitskategorie angehören, sondern daß sie zum Teil untereinander sehr verschieden sind. Nebenbei sei noch erwähnt, daß der allgemeine Ausspruch von *Möbius* über die toxischen und infektiösen Psychosen: „Alle

Gifte bewirken halluzinatorische Verwirrtheit" durch die klinischen Tatsachen ebensowenig gestützt wird, wie die Auffassung desselben Autors im besonderen Falle der Choreapsychosen. Bekanntlich gibt es z. B. auf dem Boden der Alkoholintoxikation neben dem Delirium tremens die akute Halluzinose, die polyneuritische Psychose, den pathologischen Rauschzustand, ferner kommen Angstpsychosen und andere Zustandsbilder vor. Infolge chronischer Bleivergiftung habe ich außer deliranten Zuständen eine der akuten Halluzinose verwandte Psychose gesehen und außer den bekannten Typhusdelirien einen Kranken beobachten können, der in unmittelbarem Anschluß an ein Typhusrezidiv eine zyklische, hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose durchmachte.

Ich bin deshalb auf die *Möbius*sche Arbeit genauer eingegangen, weil sie mit besonderer Anschaulichkeit die Fehler einer symptomatologischen Betrachtungsweise der Psychosen zeigt, die beliebige Symptome herausgreift und diejenigen Krankheitsbilder, die unter anderen auch diese Symptome enthalten, zu fingierten Krankheitsformen zusammenfaßt. Auf dem Wege, den wir *Wernicke* folgend gehen, bemühen wir uns, die wirklich gegebenen Symptomengruppierungen festzustellen, die gesetzmäßige Wiederkehr der gleichen Vereinigung von Symptomen herauszustellen und so empirische Krankheitsformen zu finden.

Für eine solche Darstellung der Choreapsychosen hat eine umfassende Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Einzelbeobachtungen von Choreapsychosen aus den oben entwickelten, zum Teil schon von *Möbius* hervorgehobenen Gründen nur sehr beschränkten Wert. Ich glaubte daher eher auf die Weise zu brauchbaren Ergebnissen zu kommen, daß ich sämtliche Krankengeschichten von Chorea minor, welche die Sammlung der Halleschen Nervenklinik enthält, hinsichtlich der psychischen Störungen bei der Chorea verarbeitete [1]). Auch dieses Material hat natürlich den Nachteil, daß sich in den Krankenbeobachtungen verschiedene wissenschaftliche Meinungen spiegeln, welche gelegentlich dies oder jenes Symptom mehr hervorheben oder vernachlässigen. Wer den strengsten Maßstab anlegt, wird immer nur das Material verwertbar finden, das er selbst beobachtet hat, denn auch die sorgsamsten Beobachtungen anderer

---

[1]) Unter diesen Fällen befinden sich vier von den von *Wollenberg* schon veröffentlichten acht Krankengeschichten. Ich werde an den betreffenden Stellen darauf hinweisen.

können die Einheitlichkeit der Fragestellung, unter der die Beobachtungen gemacht werden, nicht ersetzen. Bei der relativen Seltenheit von Psychosen bei Chorea konnte ich mich aber nicht auf die von mir selbst während 3½ Jahren hier beobachteten Fälle beschränken, wenn es darauf ankam, über die bei der Chorea insgesamt vorkommenden geistigen Störungen eine womöglich umfassende Übersicht zu gewinnen. Außerdem habe ich mich bei der Durchsicht der Krankengeschichten aus früherer Zeit überzeugt, daß Unterschiede zwischen den von uns jetzt vertretenen wissenschaftlichen Ansichten und denen der früheren Leiter und Ärzte dieser Klinik sich viel weniger in den Beschreibungen der Krankheitsbilder als in der theoretischen Bewertung und den Diagnosen ausdrücken.

Außer der Beschreibung psychotischer Zustände bei der Chorea geben einige Autoren theoretische Überlegungen über den Mechanismus der Entstehung psychischer Störungen bei der Chorea und über den inneren Zusammenhang der psychotischen und der choreatischen Symptome. Mit Recht bemerken *Möbius*, *Zinn*, *Bernstein*, *Kraft-Ebing*, daß eine Erkrankung an Chorea eine Psychose auslösen könne, die in letzter Linie durch andere Momente (z. B. hereditäre Disposition oder hebephrenische Entwicklungsstörungen) bedingt sei. Die Chorea wirkt dann nicht anders wie beliebige schwächende Faktoren (Infektionskrankheiten, Traumen, Blutverluste u. ä.). In einem andern Sinne nahm *Meyer* [1]) einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Erscheinungsreihen an. In seinem Fall von schwerer Chorea schloß sich dem Höhepunkt der Chorea ein maniakalischer Zustand an, und *Meyer* glaubte, daß die gesteigerte Muskeltätigkeit die Ursache der psychischen Störungen gewesen sei: er vergleicht die letzteren dem Zustande der Ekstase, in welche sich z. B. die Derwische durch ihre gottesdienstlichen Tänze versetzten. Er denkt sich das Gehirn als Sammelplatz eines Kräftevorrats, der nach verschiedenen Richtungen entladen werden kann. Erfolge eine Entladung nach der Seite des Willens, so würden dadurch die Spannkräfte des Kräftevorrats des Gehirns herabgesetzt, und eine Herabsetzung der eigentlichen psychischen Tätigkeit träte in den ekstatischen Zuständen, den Delirien und der Inkohärenz der Ideenbildung zutage.

[1]) Chorea und Manie, Arch. f. Psych. II.

Diese Anschauung ist schon deshalb nicht allgemeingültig, weil die choreatischen Psychosen nur zum geringsten Teile religiös-ekstatische Zustände sind, und weil sich die Psychose durchaus nicht immer wie hier der motorischen Funktionssteigerung unmittelbar anschließt. Es gibt psychotische Zustände bei der Chorea, die bei sehr geringen choreatischen Bewegungen oder erst mit dem Nachlaß derselben — diese dann oft lange überdauernd — auftreten.

Der Vergleich des Gehirns mit einem Kräftevorrat und die Ableitung der psychischen Störungen aus einer einseitigen Spannungsverminderung behandelt ein Problem, das auch auf anderen Gebieten der Physiologie und Pathologie des Nervensystemes wiederkehrt und allgemein ausgedrückt die Frage darstellt, ob und in welcher Weise die Funktion und die Funktionsabänderung bestimmter Teile des nervösen Systems die Funktion anderer Teile im Sinne der Steigerung oder der Herabsetzung der Funktion beeinflußt, ein Problem, das den Theorien *Meynerts* über die wechselseitige Beeinflussung kortikaler und subkortikaler Vorgänge, der Sejunktionshypothese *Wernickes* und jüngst *von Monakows* Lehre von der Diaschisis zugrunde liegt. An einen derartigen ursächlichen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und choreatischen Bewegungen wird man aber — bei der weitgehenden Unabhängigkeit beider Erscheinungsreihen voneinander — jedenfalls erst in zweiter Linie denken dürfen. Wir kommen bei der Darstellung einiger Krankengeschichten darauf zurück. An erster Stelle kommt für das Auftreten psychischer Störungen neben choreatischen Bewegungen die Lokalisation der Krankheitsprozesse im Gehirn in Betracht. Diese Anschauung, die nach dem Bau und Funktion des Nervensystems als die einfachste und natürlichste erscheint, ist dennoch nur von wenigen Autoren klar ausgesprochen worden (*Arndt*, *Mairet*, *Bernstein*). Am entschiedensten vertritt *Mairet* bezüglich seiner Manie choréique diesen Standpunkt mit den Worten: „Die Manie und die Chorea sind die beiden Zweige desselben Stammes, sie entspringen, die eine wie die andere, der Wirkung derselben Ursache, die, auf zwei verschiedene Gegenden des Nervensystems wirkend, hier die Chorea, dort die Manie hervorruft."

Gegenüber der Lokalisation der Krankheitsprozesse tritt die Bedeutung der individuellen Dispositionen, der Intensität und der Dauer der Chorea, auf welche *Zinn* besonderes Gewicht legt, zurück. Ebenso-

wenig ist es notwendig, für die Besonderheit der psychischen Störungen bei der Chorea eine besondere Qualität des Krankheitsprozesses, eine der Chorea „eigentümliche Hirnerregbarkeit“ anzunehmen, welche nach *Bernstein*[1]) in den psychomotorischen Gebieten die Nebenbewegungen, in den speziellen Zentren des Bewußtseins die Aufmerksamkeitsstörungen, in den vasomotorischen Zentren die erleichterte Erzeugung der Affekte und den Stimmungswechsel bewirken soll. Alle diese Krankheitserscheinungen können unter der Wirkung ganz verschiedener Krankheitsursachen auftreten und sind ausschließlich durch die jeweils erkrankte Lokalität des Gehirns bestimmt.

Die Krankengeschichtensammlung der Klinik enthält 155 Fälle mit der Diagnose Chorea minor, einschließlich der Fälle von Chorea gravidarum. Von diesen muß eine Krankengeschichte als zweifelhaft ausgeschieden werden: sie betrifft ein 19 jähriges Mädchen (J.-Nr. 925), bei dem laut Vorgeschichte „veitstanzähnliche Zuckungen“ in allen Gliedern im Anschluß an einen Schreck vorübergehend aufgetreten waren. In der Klinik wurde nichts derartiges mehr beobachtet. Die Kranke befand sich hier in einem regungslosen Zustande mit heftigen Muskelspannungen, der anfangs von Ausbrüchen komplizierterer Bewegungen (Schlagen, Toben, Schreien) durchbrochen wurde.

Bevor ich auf die Beziehungen, die sich in den übrigen 154 Fällen zwischen der Chorea und psychischen Störungen fanden, eingehe, teile ich kurz mit, was sich aus der Durchsicht der Krankengeschichten und eigenen Beobachtungen Bemerkenswertes zur Symptomatologie der körperlichen Erscheinungen der Chorea ergeben hat.

Die choreatischen Bewegungen werden meist, so auch von *Förster*, als klonische Krämpfe beschrieben, als Bewegungen von raschem Ablauf, bei denen die Innervation rasch zur Höhe ansteigt und rasch wieder absinkt. Neben solchen Bewegungen habe ich sehr häufig, und zwar besonders bei schwerer Chorea, Bewegungen gesehen, die ebenfalls rasch zur Höhe anstiegen; dann aber verharrten die Muskeln eine längere Zeit in ihrem Spannungszustande, bis sie plötzlich wieder erschlafften. Es handelt sich um rasch einsetzende

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 53, S. 538 ff.

und rasch sich lösende tonische Innervationen. Ich sah dieselben sowohl im Gesicht, besonders beim Hinaufziehen der Mundwinkel, wie an den Extremitäten und dem Rumpf, hier vorwiegend in den Streckern an den Oberschenkeln und den langen Rücken- und den Nackenmuskeln. Eine ähnliche Beobachtung scheint nur *Köppen* gemacht zu haben, der in seiner oben zitierten Arbeit über Chorea und Psychose die Kurve der choreatischen Spontanbewegungen als eine Kurve von steilem Anstieg beschreibt, die sich dann eine Weile in gleicher Höhe halte, um allmählich abzusinken. Im Gegensatz zu *Köppen* finde ich nur, daß die tonischen Innervationen sich meist ebenso unvermittelt lösen, als sie entstehen. Die Form dieser Zuckungen ist auch von der der athetotischen Bewegungen verschieden, welche langsam anwachsen und, gleich nachdem die Höhe der Innervation erreicht ist, ebenso langsam nachlassen.

Eine weitere Beobachtung bezieht sich auf die Verteilung der choreatischen Bewegungen auf die verschiedenen Muskelgebiete (abgesehen von der ausschließlichen oder überwiegenden Beteiligung einer Körperhälfte). Während in den leichteren Fällen hauptsächlich Gesicht, Hände und Füße befallen sind, sollen in schweren Fällen alle Muskeln im bunten Wechsel und regelloser Auswahl innerviert werden. Dem gegenüber sah ich in mehreren Fällen schwerer Chorea bestimmte Muskeln auffallend bevorzugt: die Streckmuskeln der Wirbelsäule und die Strecker an Hüfte und Oberschenkel. Forcierte und sehr oft tonisch verharrende Überstreckungen der Wirbelsäule und Streckungen der Beine resultierten daraus, und es entstand nicht selten eine dem hysterischen Kreisbogen ähnliche Haltung.

Die Koordinationsstörungen der Chorea sind schwer von den Bewegungsstörungen durch dazwischentretende choreatische Zuckungen und Mitbewegungen zu unterscheiden. *Wernicke* ist der erste gewesen, der echte Koordinationsstörungen, die aus einer Lösung von Muskelzusammenfassungen hervorgehen, bei der Chorea erkannt hat [1]. Die Verteilung der Koordinationsstörungen auf die verschiedenen Muskelbereiche ist nicht gleichmäßig. Am häufigsten sind die feinen Fingerfertigkeiten gestört. Dem entspricht, daß die Hände und

---

[1]) Grundriß der Psychiatrie S. 387.

Finger ein Vorzugsgebiet der choreatischen Zuckungen sind. In schweren Fällen leidet vor allem die Haltung und Bewegung des Körpers als Ganzen (das Stehen, Gehen, Sitzen usw.). Auch damit steht die Häufigkeit choreatischer Zuckungen in den Rumpf- und Nackenmuskeln und den Streckern an Hüfte und Oberschenkel bei schweren Choreafällen in Parallele. Weiter sind bei schweren Formen die Sprache, die Eßbewegungen, das Schlucken gestört. Obwohl Koordinationsstörungen und Zuckungen die gleichen Prädilektionsgebiete haben, gehen beide Störungen im einzelnen Falle sich durchaus nicht parallel. Es gibt schwer ataktische Kranke mit von Anfang an nur geringen choreatischen Bewegungen, und besonders oft überdauert die Koordinationsstörung die Zuckungen mehr oder weniger lange. Ich beobachte zurzeit eine Kranke, bei der die Chorea als eine rechtsseitige, vorwiegend den rechten Arm betreffende Hemiataxie begonnen hat, neben welcher choreatische Zuckungen nur in geringer Anzahl bestanden und sich erst allmählich ausbreiteten. Ein anderer Fall mit von Anfang an überwiegenden Koordinationsstörungen und geringen, bald ganz schwindenden choreatischen Bewegungen scheint mir deshalb erwähnenswert, weil bei ihm die Koordinationsstörungen im Verlauf der Krankheit an Intensität schwankten und manchmal plötzliche, nur Stunden dauernde Verschlimmerungen erfuhren, in denen dann das Gehen und Stehen unmöglich war. Über den Kranken wird später wegen der gleichzeitig beobachteten psychischen Störung ausführlich berichtet. Solche Fälle mit überwiegenden Koordinationsstörungen bilden den Übergang zwischen der gewöhnlichen infektiösen Chorea und dem Krankheitsbilde der sogenannten „akuten Ataxie“ [1]), bei der vereinzelte choreatische Bewegungen vorkommen können. Bei diesem im Gefolge verschiedener Infektionskrankheiten beobachteten Krankheitsbilde handelt es sich höchst wahrscheinlich um eine Erkrankung des Kleinhirns bez. der mit ihm zusammenhängenden Bahnen. Ebenso wie diese Beziehungen zur akuten Ataxie weist die vorhin hervorgehobene Prädilektion der Koordinationsstörungen und Muskelzuckungen (Rumpfmuskulatur) auf das Kleinhirn und seine Bahnen als das wahrscheinlich bei der Chorea erkrankte Organ hin.

---

1) *Lüthje*, Deutsche Zeitschr. f. Mik. 22. — *Nonne*, Arch. f. Psych. 1905.

Förster hat die choreatisch-ataktischen Störungen der einzelnen Glieder und Muskelkomplexe genau beschrieben und unterscheidet in der choreatischen Koordinationsstörung Mängel in der Innervation der Hauptagonisten einer Bewegung (Flüchtigkeit, zeitweiliges Ausbleiben der Innervation, zuweilen Schwäche derselben) und Störungen in der Funktion der agonistischen, kollateralen und rotatorischen Synergisten und der Antagonisten. Nach *Förster* soll die bewußte Innervation der Hauptagonisten im ganzen weniger gestört sein als die Mitwirkung der unbewußt innervierten Nebenagonisten. Meine Beobachtungen stimmen mit *Förster* insofern überein, als ich alle die verschiedenen Beispiele von Bewegungsstörungen, die er schildert, gesehen habe. Aber ich finde im Gegensatz zu ihm, daß in Fällen, bei denen die koordinatorischen Ausfallserscheinungen rein hervortreten und nicht oder wenig durch dazwischentretende Zuckungen und Mitbewegungen gestört werden — und nur diese Fälle scheinen mir zum Studium der Ataxie brauchbar — die Störung der Synergisten nicht so erheblich ist als die der Hauptagonisten. Ich habe in solchen reinen Fällen nie die ausfahrenden, danebenschießenden Bewegungen wie bei der tabischen Ataxie gesehen. Treten aber bei der Ausführung einer Bewegung, wie man das bei den gewöhnlichen Fällen von Chorea häufig sieht, schleudernde, am Ziel vorbei- oder darüber hinausfahrende Bewegungen auf, so handelt es sich wahrscheinlicher um choreatische Zuckungen, die nur durch den Bewegungsimpuls ausgelöst wurden. In diesen Fällen sieht man dann auch Mitbewegungen in entfernteren Muskelgebieten, eventuell spontane choreatische Zuckungen. Im Gegensatz dazu sah ich in reinen Fällen stets eine auffällige Störung in der Innervation der Hauptagonisten; dieselbe erfolgte bald nur flüchtig, unstetig oder langsam und war von geringer Kraft. Diese Beobachtung leitet zu den Fällen hinüber, welche ausgesprochene Paresen oder Lähmungen zeigen. Unter unseren Kranken waren mehrere mit diffuser Schwäche einer Körperhälfte. Zweimal sah ich eine besonders den rechten Arm betreffende Parese, die in einem Falle sich zu einer fast völligen Lähmung steigerte. Auf der anderen Seite steht die Störung in der Innervation der Hauptagonisten mit folgender Beobachtung in Beziehung: Die Innervation ist oft nicht nur unstet und schwach, sondern sie erfolgt verspätet, ja manchmal bleibt überhaupt jede Bewegung aus. Ist die Störung sehr ausge-

breitet, ist auch die Sprache behindert, so kann man äußerlich gar nicht entscheiden, ob die Kranken nicht überhaupt sich nicht bewegen wollen. Dagegen geben sie später an, daß sie sich tatsächlich nicht bewegen konnten. Herr Dr. *Phleps*, der über choreatische Bewegungsstörungen demnächst ausführlicher handeln wird, konnte das bei einer Kranken, welche sprachlich absolut nicht reagierte, sehr schön dadurch nachweisen, daß diese Kranke imstande war, jedes Wort, das sie nicht aussprechen konnte, niederzuschreiben. Ich bin Herrn Dr. *Phleps* für die Erlaubnis, diesen Fall hier schon erwähnen zu dürfen, sehr dankbar. Eine Lähmung liegt in solchen Fällen von Akinese ebenfalls nicht vor, auch die Parese braucht nicht besonders auffallend zu sein, denn manchmal erfolgt nach längerer Zeit doch noch eine Bewegung, oder es kommen vereinzelte choreatische Zuckungen in den sonst akinetischen Muskelgebieten vor, ja auch das Zusammenwirken der einzelnen Agonisten und Synergisten einer Bewegung ist dabei nicht notwendig schwer gestört. Besonders bei der Sprache beobachtet man zuweilen, daß die Kranken zunächst stumm bleiben, dann ein Wort leidlich artikuliert herausstoßen, um dann wieder in Sprachlosigkeit zu verfallen. Es ist Akinese schlechthin, weder Parese noch Ataxie im engeren Sinne. Eine Andeutung dieses Verhaltens habe ich übrigens mehrfach auch bei leichteren Krankheitsfällen gesehen. Eine Kranke bewegte z. B. bei der Aufforderung, sich das Jäckchen aufzuknöpfen, den rechten Arm zunächst überhaupt nicht, nach einer Weile griff sie rasch nach dem Knopf und schob ihn ziemlich flink ohne gröbere Ungeschicklichkeit aus dem Knopfloch, dann sank der Arm wieder schlaff zurück und verblieb eine Weile regungslos, so daß ich glaubte, die Kranke hätte ihre Aufgabe vergessen. Nach einer Weile knöpfte sie aber den zweiten Knopf ebenso wie den ersten auf, um dann wieder eine Pause zu machen. Auch bei der Schrift sieht man Verwandtes. Eine meiner Kranken setzte in längeren Pausen Buchstaben für Buchstaben hin, die sie an sich ohne gröbere Ataxie niederschrieb. All diesen Beobachtungen ist gemeinsam, daß die Motilität längere oder kürzere Zeit Bewegungsanregungen gegenüber unzugänglich ist, ohne daß diese Akinese einer Muskelschwäche oder einer Störung der Muskelsynergien (Ausfall von Nebenagonisten) direkt proportional zu sein brauchte. Auf die Bedeutung dieser Beobachtungen kommen wir noch zurück.

Mit der Akinese gegenüber Bewegungsaufforderungen steht es weiter im Zusammenhang, daß die spontane Beweglichkeit der Kranken in solchen Fällen außerordentlich eingeschränkt ist und nach Ablauf der Phase der choreatischen Zuckungen oft noch längere Zeit einen weitgehenden Ausfall zeigt. Auch die mimischen und automatischen Ausdrucks- und Mitbewegungen sind bei solchen Kranken erheblich reduziert, und schon während der choreatischen Zuckungen sieht man gewöhnlich eine Schlaffheit und Bewegungsarmut der Mimik, abgesehen von den choreatischen Zuckungen selbst, welche mit Ausdrucksbewegungen nur eine entfernte Verwandtschaft haben. Auch auf diesen Ausfall initiativer Bewegungen werden wir noch einzugehen haben.

Im Zusammenhang mit den Koordinationsstörungen sei noch erwähnt, daß die Choreatischen auffallend rasch bei Bewegungen ermüden.

Die Hypotonie der Muskeln ist, seitdem in den letzten Jahren hier regelmäßig auf dieselbe untersucht wird, in den Krankengeschichten fast immer vermerkt. Auch in früheren Jahren, schon vor der *Bonhöffer*schen Veröffentlichung, wurde sie hier häufig notiert und ist von *Hitzig* in seinen klinischen Krankenvorstellungen oft demonstriert worden. Die Hypotonie ist bei einseitiger oder einseitig stärkerer Chorea auf der betreffenden Seite allein oder dort in höherem Grade nachweisbar. Sonst gehen Hypotonie und choreatische Bewegungen einander ebenso wenig parallel als dies für die Koordinationsstörungen und die choreatischen Bewegungen galt. Die Muskelschlaffheit überdauert gewöhnlich die Zuckungen und kann während des ganzen Krankheitsverlaufes viel mehr in den Vordergrund treten als die choreatischen Bewegungen. Gewöhnlich herrscht zwischen Hypotonie und Koordinationsstörungen eine größere Übereinstimmung, indem sich neben schweren Koordinationsstörungen auch immer eine schwere Hypotonie findet. Die Hypotonie hat aber eine größere Verbreitung im Krankheitsbilde als die Ataxie und findet sich auch in leichteren Fällen, bei denen keine Koordinationsstörungen nachweisbar sind.

Die Sehnenreflexe fanden wir oft herabgesetzt und einigemale vorübergehend aufgehoben. Auch bei schwerer Hypotonie können aber die Sehnenreflexe erhalten oder gesteigert sein. Die bisher wenig berücksichtigte, von *Förster* z. B. gar nicht erwähnte tonische Verlängerung der Patellarreflexe, die *Gordon* zuerst beobachtet

hat und die von *Hey*[1]) auf Grund von Beobachtungen an der hiesigen Klinik bestätigt worden ist, fand ich ebenfalls in zahlreichen Fällen. Ebenso wie die Patellarreflexe sah ich gelegentlich auch den Achillessehnen- und Tricepsreflex tonisch verlängert. Die tonischen Reflexe waren mehrmals bei einseitiger Chorea auf der mehr befallenen Seite allein vorhanden. Zum Teil dürfte es sich bei diesen tonischen Zuckungen um interkurrente choreatische Bewegungen handeln, wie *Oppenheim* annimmt, besonders dann, wenn dem Schlag auf die Kniesehne erst eine klonische Zuckung folgt, der sich dann noch während der Muskelverkürzung im Quadriceps eine stärkere tonische Innervation aufsetzt. In anderen Fällen aber sieht man nur eine und zwar die tonische Zuckung unmittelbar dem Hammerschlag folgen. Auch diese tonischen Reflexbewegungen lösen sich wie die ihnen nahestehenden tonischen Spontanbewegungen rasch und unvermittelt. *Gordon* beschrieb dagegen ein langsames Absinken der Innervationen.

Störungen der Sensibilität sind bei einigen unserer Fälle beobachtet worden. Es handelte sich zum Teil um Schmerzen und Parästhesien (Taubheitsgefühl und Kribbeln), die bald anfallsweise auftraten und dann in einigen Fällen eine Steigerung der choreatischen Bewegungen begleiteten, ein andermal davon unabhängig waren und erst nach Ablauf der choreatischen auftraten. In einem Fall waren die Schmerzen kontinuierlich. In diesem wie in anderen Fällen betrafen sie die überwiegend von choreatischen Zuckungen befallene Körperhälfte bzw. den am meisten betroffenen rechten Arm. In dem zuletzt erwähnten Falle war auch die Hautempfindlichkeit für Schmerz und Berührung auf der rechten Körperhälfte gesteigert, bei einem anderen Falle sah ich eine leichte Herabsetzung beider Empfindungsqualitäten an der rechten Hand, die zugleich der Sitz von Schmerzen war und hauptsächlich von choreatischen Zuckungen heimgesucht wurde. Dagegen habe ich nie eine Störung der Empfindung für aktive und passive Bewegungen nachweisen können. Mit diesen Sensibilitätsstörungen steht es im Zusammenhang, daß man bei Choreatischen sehr oft eine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Nervengeflechte, häufig wieder in halbseitiger Aufteilung, findet. Bei Druck auf die empfindlichen Stellen nehmen die choreatischen Bewegungen

[1]) Straßburger med. Zeitung 1904.

zu; bei einem Kranken konnte ich durch Druck auf die Unterbauchgegend aufallsweise stürmische Steigerungen der choreatischen Zuckungen auslösen. Zugleich mit dieser Überempfindlichkeit gewisser Nervenpunkte und einer Steigerung der Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit sah ich mehrmals eine Steigerung der Hautreflexe, einmal eine nur rechtsseitige Steigerung der Hornhaut-Bindehautreflexe und des Ohr- und Nasenkitzelreflexes. In anderen Fällen sind in unseren Krankengeschichten Herabsetzung und Aufhebung von Hautreflexen notiert. Mehrfach sah ich starke Erweiterung der Pupillen bei erhaltener Lichtreaktion. Da die Sensibilitätsstörungen, die Druckempfindlichkeit von Nervenpunkten und die Veränderungen der Hautreflexe im engsten Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen der Chorea stehen, mit diesen sich entwickeln und zurückbilden, muß man sie ebenso wie die choreatischen Symptome selbst auf lokale Krankheitsprozesse im Gehirn in der Nachbarschaft der sensiblen Bahnen zurückführen, so wie es in *Edingers* bekanntem Falle von choreatischen Bewegungen mit zentralen Schmerzen der Fall war. Es ist keineswegs berechtigt, aus dem Nachweis von derartigen Druckpunkten auf eine hysterische Chorea zu schließen. Ich erinnere in diesem Zusammenhange an *Antons* Bearbeitung der Hemialgie, der ebenfalls bei organischen Gehirnerkrankungen einseitige Druckempfindlichkeit, wie bei hysterischen Zuständen, nachweisen konnte.

In zwei unter unseren Fällen ist die *Babinski*sche Abänderung des Sohlenreflexes beobachtet worden[1]). Häufiger habe ich während lebhafter choreatischer Unruhe beim Bestreichen der Fußsohle eine Dorsalflexion der großen Zehe eintreten sehen, dann kamen aber auch sonst häufig Zuckungen im Extenser hall. long. vor, so daß die bei der Reflexprüfung auftretende Großzehenstreckung nicht sicher beurteilt werden konnte. In einem der beiden Fälle aber, den ich selbst beobachtet habe, war der *Babinski*sche Reflex bei sonst nur sehr geringen choreatischen Bewegungen vorhanden und muß in diesem Falle als Symptom einer Schädigung der Pyramidenbahn

---

[1]) Die gleiche Beobachtung ist schon von *Schüller* (zitiert nach *Halban* u. *Infeld*, Obersteiners Arbeiten 1902, S. 399) und von *Charpentier*, Revue neurol. 1906, Nr. 24, gemacht worden.

angesehen werden. Die äußerste Seltenheit des *Babinski*schen Reflexes bei der Chorea ist ein Beweis gegen die Richtigkeit der *Kahler-Pick*schen Theorie. Nur in seltenen Fällen ist die Pyramidenbahn mit geschädigt, ebenso wie in anderen Fällen ausnahmsweise die sensiblen Bahnen der Schleife oder der inneren Kapsel in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die Erregbarkeit der Hautgefäße ist bei den Choreatikern regelmäßig gesteigert, der Puls ist oft weich, manchmal erheblich verlangsamt, die Schweißsekretion ist oft gesteigert, es kommen ganz plötzliche profuse Schweißausbrüche vor. Mit der Steigerung der Hautgefäßerregbarkeit verbanden sich in einigen Fällen vasomotorische Lähmungserscheinungen, Zyanose und Kühle der Hände und Füße. Auch diese vasomotorisch-sekretorischen Störungen dürfen nicht schlechtweg als funktionell aufgefaßt werden und die Diagnose einer hysterischen Chorea begründen. Aus der Lokalisation der Krankheitsprozesse bei der Chorea im Kleinhirn, der Region der Bindearme und der basalen Ganglien werden diese Störungen vielmehr ausreichend erklärt, da der Thalamus nach Tierexperimenten und klinischen Beobachtungen mit diesen Funktionen im Zusammenhang steht.

Im folgenden werden die Choreafälle nach der Intensität der Erkrankung als leichte, mittlere und schwere Formen bezeichnet, wobei als leichte Fälle diejenigen aufgefaßt sind, bei denen sich die choreatischen Bewegungen auf die mimische Muskulatur und die distalen Gliedabschnitte beschränken und in denen gröbere Koordinationsstörungen fehlen. Fälle mit heftigen, oft anfallsweise anwachsenden Zuckungen und schweren Koordinationsstörungen sowie die Fälle mit ausgesprochener Ataxie auch ohne stärkere choreatische Bewegungen stellen die schwere Form dar. Zwischen beiden stehen die untereinander naturgemäß an Intensität noch verschiedenen Zwischenstufen als mittlere Form.

I. Fälle ohne psychische Störungen.

In 9 Krankengeschichten ist ausdrücklich bemerkt, daß keine psychischen Störungen vorhanden waren. In 12 Fällen fehlt jede Angabe über das psychische Verhalten. In 6 weiteren Fällen geht aus

einzelnen Notizen, z. B. daß die Krankheit durch einen Schreck ausgelöst worden sei, hervor, daß wahrscheinlich, trotz der gegenteiligen Angaben der Krankengeschichte, leichtere psychische Veränderungen vorhanden gewesen sind. Diese Fälle sind deshalb der Gruppe der einfachen gemütlichen Verstimmungen eingereiht. Wahrscheinlich sind auch einige von den 12 Fällen, in denen Angaben über das psychische Verhalten fehlen, von leichteren psychischen Anomalien nicht frei gewesen, da diese leicht übersehen werden können und man wohl auch manchmal vergessen hat, die fraglichen Symptome einzutragen.

Rechnet man trotzdem diese 12 Fälle mit den 9 erstgenannten zusammen, so ergibt sich, daß unter 154 Fällen 21, d. h. 13,6 %, ohne psychische Störungen verlaufen sind.

II. Fälle mit leichteren psychischen Veränderungen.

Zu dieser Gruppe rechnen 92 Krankengeschichten: 59 Fälle, in denen psychische Veränderungen in der bekannten ängstlich-schreckhaften Reizbarkeit und Weinerlichkeit bestehen, zu denen ich noch die 6 Fälle zähle, deren Krankengeschichten zwar keine psychischen Anomalien ausdrücklich vermerken, aber aus einigen Angaben hervorgehen lassen, daß solche doch wohl bestanden haben.

In einem der Fälle, bei einem 19jährigen Dienstmädchen, (J.-Nr. 2539) hatte sich die Kranke 10 Tage vor dem Beginn der choreatischen Zuckungen über ihren Dienstherrn geärgert und war am Tage vor dem Beginn über ein plötzliches Geräusch erschrocken. Daß es sich hier nicht um eine hysterische Schreckchorea gehandelt hat, geht daraus hervor, daß die Kranke ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, Ödeme und Albuminurie hatte und vor 8 Jahren schon einmal, und zwar in unmittelbarem Zusammenhange mit einem Gelenkrheumatismus an Chorea erkrankt war. Die Schreckhaftigkeit und vielleicht auch schon der Ärger war in diesem Falle gewiß schon der Ausdruck der choreatischen reizbaren Verstimmung. Ganz ähnlich lagen die Fälle eines 17 ½jährigen und eines 9jährigen Mädchens (J.-Nr. 1983 und 818), bei denen ebenfalls der Schreck, der angeblich die Krankheit verursacht hatte, wohl schon ein Symptom der gemütlichen Reizbarkeit war. Beide Fälle waren sichere rheumatische Choreaerkrankungen. Im vierten Fall — bei einem zum dritten Mal erkrankten, zugleich an Mitralinsuffizienz leidenden 17jährigen Knaben — zeigte sich die leichte psychische Veränderung darin, daß der Patient sich weigerte, auf der Station mitzuhelfen, und gegen seine Entlassung protestierte, weil er noch nicht gesund genug sei.

Die Chorea dieses Falles ließ sich suggestiv beeinflussen. Ich kann das aber nach den eingangs zusammengestellten Erfahrungen nicht für den ausreichenden Beweis einer hysterischen Chorea halten, besonders nicht, wenn wie hier Herzveränderungen eine rheumatische Erkrankung wahrscheinlich machen. Bei zwei Fällen endlich, die körperlich hinfällig waren und viel schliefen, sind leichtere psychische Veränderungen wahrscheinlich verdeckt gewesen (J.-Nr. 2701 und 4725).

Mit Einschluß dieser 6 Fälle umfaßt die Gruppe der ängstlich-reizbaren Verstimmung 65 Fälle, d. h. 42 % der Gesamtzahl.

In 4 Fällen (2,6 %) fand sich eine leicht gehobene Stimmung, einmal mit der Neigung zu flüchtigen Zornaffekten, in 2 weiteren Fällen ist das psychische Verhalten als heiter, kindisch beschrieben; die eine der Kranken, ein 15 jähriges Mädchen, war schnippisch, die andere 13 jährige kicherte vor sich hin, war neckisch und unfolgsam. Bei der ebengenannten 15 jährigen Patientin wechselte die heitere Verstimmung mit Schreckhaftigkeit und Weinerlichkeit, einmal sistierten die Zuckungen eine Weile nach einem Schreck. Die Symptome stellen den Fall also den Fällen der vorhin abgegrenzten Gruppe nahe.

Bei einer 3. Gruppe von Kranken, die 23 (14 %) Fälle umfaßt, bestanden die leichteren psychischen Veränderungen in einer Verminderung der Spontaneität sowohl aufs prachlichem Gebiet wie auf dem der Bewegungen. Die Kranken schienen daher interesselos, stumpf, teilnahmlos, sie lagen gleichgültig da, ohne sich um ihre Umgebung zu kümmern, sprachen und bewegten sich auch auf besondere Aufforderung, bei Fragen, wenig. Zum Teil verband sich dieser Bewegungsausfall mit einer Ablehnung aller von außen kommenden Bewegungsanregungen: das Verhalten der Kranken wird dann als verschlossen, mürrisch, manchmal als schroff abweisend, ungehorsam oder widerspenstig beschrieben; „manchmal ist nichts aus ihr herauszubringen“ lautet der Eintrag bei einer 12 jährigen Kranken. Schon auf der Grenze zu schwereren psychischen Veränderungen dürfte eine 15jährige Kranke stehen, die durch Trunksucht des Vaters belastet in schwerer Form an einem Chorearezidiv erkrankt war und im späteren Verlauf der Krankheit ein eigentümlich scheues Wesen zeigte, manchmal schroff abweisend, widerspenstig und ungehorsam war, sich bei den Visiten in den Ecken herumdrückte, manchmal

nicht die Hand gab, den mit ihr Sprechenden nicht ansah. Wir werden eine Gruppe schwererer psychischer Veränderungen kennen lernen, welche die hier sich schon deutlicher ausprägenden Symptome in voller Entwicklung zeigen.

Die hier in Frage stehenden Symptome sind in den Krankengeschichten mehrfach als „Stupor", „leicht stuporös" u. ä. bezeichnet. Ich werde mich, da dies Verhalten der Kranken verschiedene Gründe haben kann, zunächst mit der einfachen Beschreibung begnügen und den Ausdruck Stupor vermeiden.

Die durch Bewegungsausfall (evtl. mit Ablehnung) gekennzeichneten Kranken boten diese Symptome nur in etwa einem Drittel der Fälle (9) rein. In 14 Fällen verbanden sich diese Veränderungen mit der, der ersten Gruppe eigenen, ängstlich-reizbaren Verstimmung.

Einmal schloß sich an einen Mischzustand ängstlich-gleichgültiger Verstimmung während des Nachlassens der choreatischen Bewegungen eine heitere Verstimmung an (9jährige Patientin. J.-Nr. 105/66).

In den Fällen, in denen Bewegungsausfall und ängstliche Reizbarkeit verbunden waren, handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um ein Nebeneinanderbestehen, um eine Mischung beider Symptome (8 Fälle). In 5 Fällen dagegen überdauerte die Bewegungsverminderung — die gemütliche Stumpfheit und evtl. das abweisende Verhalten — die ängstliche Reizbarkeit, oder sie schloß sich als ein zweites besonderes Stadium der ängstlich-reizbaren Verstimmung an (1 Fall).

Die zeitlichen Beziehungen der psychischen Veränderungen zu den choreatischen Bewegungen sind in dieser Gruppe für die Mehrzahl der Fälle die gleichen wie in der Gruppe der ängstlichen und der heiteren Verstimmungen, d. h. psychische Veränderungen und choreatische Bewegungen bestehen gleichzeitig und bessern sich parallel miteinander. In einem Falle dagegen dauerte die gemütliche Stumpfheit noch ein bis zwei Monate an, nachdem die choreatischen Bewegungen schon verschwunden waren; während der Dauer der choreatischen Bewegungen selbst war die Kranke weinerlich-reizbar und vergeßlich gewesen (J.-Nr. 2457). Ein anderer Kranker (schwere Chorea bei einem 17jährigen Jungen) war während der schweren anfallsweisen Steigerungen seiner Chorea völlig reaktionslos und nach Ablauf der Chorea auffällig stumpf und teilnahmslos (J.-Nr. 6689). In einem weiteren Falle war ein Zustand von Bewegungsver-

minderung dem Ausbruch der schweren Chorea voraufgegangen (nach dem ärztlichen Einlieferungsattest war der Kranke, ein 17jähriger Gymnasiast, der erblich schwer belastet war und schon zweimal, im 12. und 15. Jahre an Chorea gelitten hatte, ca. drei Wochen lang „nach allen Richtungen stark gehemmt" gewesen).

Neben den affektiven Störungen sind in einer Anzahl von Fällen dieser drei Gruppen intellektuelle Ausfallserscheinungen vermerkt: Unaufmerksamkeit, Vergeßlichkeit, rasche Ermüdbarkeit bei der geistigen Arbeit, die sich schon im Beginn der Chorea, zuweilen noch bevor choreatische Bewegungen zum Ausbruch kamen, darin zeigten, daß die Kinder in ihren Leistungen in der Schule nachließen. Diese Veränderungen sind wahrscheinlich viel häufiger als sie notiert wurden. Zum Teil beruht die Unaufmerksamkeit und Unbeständigkeit im Denken der Choreatiker auf den choreatischen Bewegungen selbst, da die durch die Bewegungen erzeugten Empfindungen die Aufmerksamkeit der Kranken ablenken, zum Teil aber handelt es sich um selbständige Ausfallserscheinungen. Das ist besonders in den Fällen einleuchtend, in denen die choreatischen Bewegungen später als die intellektuellen Symptome auftreten, und in denjenigen, welche diese Symptome mehr oder weniger lange Zeit nach dem Ablauf der Bewegungsstörung zeigen. Im Zustande der Bewegungsverminderung und Ablehnung können die Kranken den Eindruck erheblicher Demenz machen. So ist bei einem Kranken, einem 17jährigen Jungen, der nur geringe choreatische Bewegungen hatte, z. B. von einem „hohen Grad von Intelligenzschwäche" die Rede. Der Kranke antwortete auf die Frage nach dem Namen des Kaisers „weiß ich nicht", auf die Frage nach dem jetzigen Aufenthaltsort richtig „Halle", um dann die Frage „wo liegt Halle?" wieder mit „weiß ich nicht" zu beantworten. „Liegt Halle in Frankreich?" „Ja." Als sich die Chorea gebessert hatte, war der Junge auch psychisch „sehr zu seinem Vorteil verändert". (J.-Nr. 5943). Offenbar hat hier aber überhaupt keine Demenz vorgelegen, sondern der Kranke hatte nur in der für sein ganzes Verhalten charakteristischen gleichgültig ablehnenden Art trotz besseren Wissens auf die Fragen geantwortet. In einem ähnlichen Falle (J.-Nr. 9110) ist ausdrücklich die gute Merkfähigkeit im Gegensatze zu den scheinbar dementen Antworten hervorgehoben.

Sowohl die wirklichen intellektuellen Ausfallserscheinungen wie die durch das gleichgültig-ablehnende Verhalten mancher Kranken vorgetäuschte Demenz wird uns in den Fällen der nächsten Gruppen in stärkerer Entwicklung wieder begegnen und soll dort eingehender besprochen werden.

III. Fälle mit schwereren psychischen Veränderungen.

A. Übergangsfälle. — Von den 41 Fällen mit schwereren psychischen Veränderungen nehmen zwölf eine Mittelstellung zwischen den einfachen gemütlichen Verstimmungen und den ausgesprochenen Psychosen ein. Gemütliche Verstimmungen stehen im Vordergrunde, aus dem dann einzelne im engeren Sinne psychotische Symptome heraustreten.

In 3 Fällen kamen Halluzinationen vor, wie z. B. in folgendem Falle: Ein 11jähriges Mädchen (J.-Nr. 12483) erkrankte um Neujahr 1905 an Gelenkrheumatismus, an dem es ca. 14 Tage lang litt. Zwei Schwestern und ein Bruder der Kranken hatten ebenfalls an Chorea und Gelenkrheumatismus gelitten; eine Schwester und der Bruder sind gestorben. Ende Januar 1905 begannen bei der Patientin Zuckungen in der rechten Hand, die sich Anfang März auf dem ganzen Körper ausgebreitet hatten. Die Kleine war sehr furchtsam, erschrak leicht und glaubte einmal eine Schwester, die vor drei Jahren gestorben war, vor sich zu sehen. Während der klinischen Behandlung vom 26. April bis 30. Juni 1905 nahm die ängstlich-reizbare Verstimmung der Kranken Hand in Hand mit den choreatischen Bewegungen ab, Halluzinationen traten nicht mehr auf, die Kranke wurde geheilt entlassen. Am Herzen war ein systolisches Blasen zu hören, der zweite Pulmonalton war verstärkt. Der Fall ist noch dadurch interessant, daß neben Hypotonie hohen Grades und herabgesetzten Sehnenreflexen sich eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit beider Unterbauchgegenden und eine Empfindlichkeit der Brüste, rechts mehr wie links, fand, also Symptome, die nicht selten als „hysterische" aufgefaßt werden, bei einer zweifellos rheumatischen Chorea.

Die vereinzelten flüchtigen Halluzinationen dieser drei Fälle sind zweimal zusammengesetzte Halluzinationen, Situationstäuschungen, traumhafte Sinnestäuschungen, wie sie gemäß ihrer Ähn-

lichkeit mit den Trugwahrnehmungen der Träume auch genannt werden. Im dritten Fall handelte es sich um eine optische Illusion, deren ängstlicher Inhalt wohl mit der herrschenden ängstlichen Verstimmung in einem inneren Zusammenhang stand. (Die kleine Kranke verkannte einen an der Wand hängenden Rock für einen vor ihr stehenden Mann.)

Zwei weitere Patientinnen im Alter von 20 und 21 Jahren (J.-Nr. 12 256, 4099), von denen die eine an einer mittelschweren, die andere an einer schweren, anfangs unter jaktatoiden Steigerungen verlaufenden Chorea litt, äußerten aus einer ängstlich-reizbaren Verstimmung heraus, die besonders während der Besserung der choreatischen Bewegungen deutlich wurde, Angstvorstellungen: die eine glaubte, sie bekäme Kopfschmerzen von der Medizin, die andere, man lasse sie nicht mehr fort, man halte sie mit Gewalt hier zurück. Im letzteren Falle schloß sich Entstehung und Äußerung dieser Beeinträchtigungsvorstellung ganz unmittelbar an einen Affektausbruch an, der seinerseits durch das Geschrei einer unruhigen Kranken ausgelöst worden war.

In beiden Fällen war die Chorea mit Herzveränderung (systolischem Geräusch, in einem Falle mit Herzverbreiterung nach rechts) kompliziert.

Die eine Kranke war erblich belastet (Vater: Trinker, eine Schwester: Krämpfe). Beide wurden geheilt — die eine nach drei, die andere nach vier Monaten Dauer der Krankheit entlassen.

Bemerkenswerterweise traten diese ausgeprägteren Angstvorstellungen beide Male bei erwachsenen Kranken auf. Es scheint, daß der Assoziationsapparat erst eine bestimmte Entwicklung erreicht haben muß, ehe krankhafte Affekte zur Bildung der ihnen eigenen Affektvorstellungen Anlaß geben können. Hier liegt wohl einer der Gründe für die relative Seltenheit der Geistesstörungen des Kindesalters.

Die folgenden 7 Fälle zeigen eine Bereicherung ihrer Symptome nach der Seite der Motilität.

Überall liegt die gemütliche Verstimmung zugrunde und zwar gewöhnlich eine gemischte ängstlich-heitere Verstimmung. Bis auf einen Fall, der tötlich verlief, verband sich stets damit eine mürrisch-ablehnende Stimmung, die wieder besonders in der zweiten Phase der Krankheit, während der Besserung der choreatischen Bewegungen, hervortrat.

Den einfachen Verstimmungszuständen steht der Fall eines 12jährigen Knaben am nächsten (J.-Nr. 611), der, nachdem er schon einmal eine Chorea durchgemacht hatte, an einer schweren Chorea erkrankte. Der schwächliche Knabe hatte eine Herzverbreiterung nach beiden Seiten, ein systolisches Geräusch über der Herzspitze, einen verstärkten zweiten Pulmonalton. Später traten perikarditische und pleuritische Erscheinungen auf; schließlich noch Durchfälle und Auftreibung des Leibes. Der Kranke starb nach sechsmonatiger Dauer der Krankheit. Psychisch war er reizbar-weinerlich, dabei waren seine Ausdrucksbewegungen auffallend intensiv: er heulte manchmal laut auf. Die ängstliche Verstimmung wechselte ganz unvermittelt mit unmotivierten Lachausbrüchen. Der Kranke ist noch durch die schwere Koordinationsstörung der Sprache und durch eine leichte rechtsseitige Fazialisparese interessant.

Diesem verwandt sind folgende zwei Fälle:

Ein 19jähriges Mädchen (J.-Nr. 2796) erkrankte 5 Wochen, nachdem sie einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden hatte, an Chorea. Gleich im Anfang fiel auf, daß sie lachte und weinte, „juchte“ und aus dem Bett sprang. Die Chorea trat in schwerer Form auf, dabei waren die Gelenke anfangs noch schmerzhaft, am Herzen fanden sich die Symptome einer Mitralinsuffizienz. Während des Aufenthalts in der Klinik war die Kranke reizbar, empfindlich, weinerlich, von auffallend rasch wechselnder Stimmung. Im Stadium der Besserung der Chorea wurde sie scheu, verschlossen, „kann niemanden recht ansehen“. Sie wurde nach achtmonatiger Dauer der Krankheit geheilt entlassen.

Eine 23jährige Kranke (J.-Nr. 8757), deren Vater Trinker war und die schon einmal wegen Chorea in der Klinik behandelt worden war (vor 8 Jahren) erkrankte von neuem im Beginn der Gravidität. Der erste Ton über der Mitralis war unrein. Am linken Arm war die Haut anästhetisch, mit Ausnahme der Fingerspitzen. Die choreatischen Bewegungen betrafen hauptsächlich den linken Arm. Von Anfang an war die Kranke sehr reizbar, die Stimmung wechselte aber ganz unvermittelt mit Heiterkeit. Patientin war ungehalten über alles, was man von ihr verlangte, sträubte sich einsichtslos gegen die ärztlichen Anordnungen, drängte immer aus dem Bett, daneben zeigte sie ein eigentümliches scheues Wesen und geringes Interesse. Die psychischen Störungen besserten sich mit den motorischen. Die Krankheitsdauer betrug zirka 4 Monate. — Intensivere Affektäußerungen und häufigeren und rascheren Wechsel der Stimmung zeigte die 17jährige Patientin M. K. (J.-Nr. 7128), die ebenfalls zum zweitenmal an Chorea von mittlerer Schwere erkrankt war. In den ersten Tagen war sie weinerlich und äußerte Suizidgedanken, dann — auf dem Wachsaal — war sie in ausgelassener Stimmung. Der Stimmungswechsel wiederholte sich, als sie in ein Einzelzimmer zurückverlegt werden sollte. Weiter war sie bald vergnügt, sprach ziemlich viel, bald — bei den Visiten — verschlossen und wortkarg. Auch während der Besserung der Chorea fing sie öfters bei ganz

geringfügigen Anlässen an zu weinen und war in ihren Affekten noch sehr labil. Der Fall wurde anfangs wohl hauptsächlich wegen der ausgeprägten Stimmungsschwankungen als hysterische Chorea angesprochen — der Rachenreflex war auch = 0 —, bis der Nachweis vergrößerter Herzdämpfung, eines schwirrenden Geräusches an der Spitze und eines klappenden zweiten Pulmonaltons eine infektiöse Chorea anzunehmen zwang. Heilung nach zirka sechsmonatiger Dauer der Krankheit.

Der Fall beweist wieder, daß auch die rheumatische Chorea ein sog. hysterisches Verhalten zeitigen kann und daß der Nachweis derartiger Symptome allein die Diagnose einer hysterischen Chorea nicht rechtfertigt.

Den gleichen Wechsel intensiver Ausdrucksbewegungen zeigte eine 24jährige Kranke (J.-Nr. 3356), die ebenfalls wie die vorhergehende schon im Beginn der Krankheit gleichzeitig mit einer plötzlich einsetzenden heiteren Verstimmung einen auffallenden Rededrang entwickelte. Die Kranke starb nach etwa viermonatiger Dauer der Krankheit. Die Chorea war in schwerer Form aufgetreten, zum Schluß waren Drüsen am Unterkiefer vereitert. Bei der Sektion fanden sich globulöse Vegetationen an der Mitralis.

Wieder einen Schritt weiter führt die folgende Krankengeschichte eines 17jährigen Mädchens (J.-Nr. 3704), das zum viertenmal an Chorea erkrankte: Während noch — vor der Aufnahme in die Klinik — die choreatischen Bewegungen zunahmen, wurde die Kranke erregt und reizbar, warf sich nachts herum, sprach viel, fragte, rief nach den Eltern, tanzte im Zimmer umher, am Tage sang und pfiff sie viel, war dann wieder zwischendurch müde, unlustig zur Arbeit, widerwillig, äußerte Todesgedanken. In der Klinik waren die choreatischen Bewegungen nur mehr gering und das psychische Verhalten unauffällig.

Endlich gehört hierher die Krankengeschichte einer 25jährigen Patientin (J.-Nr. 3542), die in der Gravidität (etwa im 5. Monat) erkrankte. Die Patientin hatte zweimal unehelich geboren; ein Kind war an einer der Patientin nicht bekannten Krankheit gestorben, ein zweites hatte einen Wasserkopf. Die Kranke hatte eine etwas vergrößerte Herzdämpfung und einen unreinen ersten Mitralton. Patientin war schon zirka 6 Wochen vor der Aufnahme durch ihr „Zappeln“ aufgefallen. Von Anfang an soll sie erregt und unstät gewesen sein. Kurz vor der Aufnahme lief sie in fremde Wohnungen, schrie und tobte laut, wollte ihr Kind umbringen. Außer den eigentlichen choreatischen Bewegungen führte sie noch andere Bewegungen aus, sie zog die Bettdecke herauf, griff sich ins Gesicht, schlug auf die Oberschenkel. Die Stimmung war sehr labil, sie weinte ohne äußere Veranlassung, geriet in Zorn und erging sich in Schimpfreden über ihre Hausgenossen, zeigte auch sonst einen gewissen Rededrang. Eine Hyoszininjektion mißdeutete sie, heftig weinend und schreiend, als Vergiftung. Mit dem Nachlaß der choreatischen Bewegungen besserte sich auch hier das psychische Verhalten, sie war aber dann noch auffallend still, mehrfach verstimmt, hatte zwischendurch „Weintage“, gab gelegentlich keine Ant-

worten und sträubte sich einsichtslos gegen die Verlegung in die Frauenklinik, wieder unter Äußerungen von Angstvorstellungen, Weinen und Schluchzen. Nach ihrer Entbindung von einem toten Kinde verschwand die gemütliche Verstimmung allmählich ganz. Die Gesamtdauer der Krankheit betrug zirka 9 Monate.

Das Wesentliche der Fälle dieser Gruppe ist die außerordentliche Intensität der Affektbewegungen, die sich teils an ganz unbedeutende Anlässe anschließen, teils völlig unmotiviert aufzutreten scheinen, und die regellos und unvermittelt miteinander wechseln (bald maßlose Angstausbrüche, bald übertriebene Lustigkeit). Ein derartiges Verhalten der Affektbewegungen ist immer ein Beweis dafür, daß die Ausdrucksbewegungen bzw. die ihnen parallel gehenden Stimmungen nicht Ausflüsse von Gedankengängen, sondern daß sie selbständige Phänomene sind, die ihrerseits wieder auf die Gedankenbildung zurückwirken und je nach ihrer Art bald vorübergehende Angstvorstellungen, z. B. der Bedrohung, veranlassen, bald Vorstellungen von einem heiteren Gefühlswert heraufführen und ein dementsprechendes Verhalten der Kranken bedingen können. Die Flüchtigkeit auch dieser offenbar sekundären psychischen Symptome, die ebenso wie die sie bedingenden Affektschwankungen unmotiviert miteinander wechseln, verhindert, den psychischen Zustand der Kranken dem der Manie auf der einen, der Angstpsychose auf der anderen Seite gleichzusetzen. Für beide Psychosen ist vielmehr ein dauerndes Vorherrschen einer bestimmten Gefühlslage, gewisser ihr eigener Ausdrucksbewegungen und bestimmter ihr gesetzmäßig verbundener Vorstellungen, charakteristisch. Dagegen hat das Verhalten dieser Kranken einige Ähnlichkeit mit dem Bilde der hyperkinetischen Motilitätspsychose *Wernickes*, genauer der expressiven Form derselben, die in ähnlicher Weise gedanklich nicht begründete, lebhafte — oft abgeänderte — Ausdrucksbewegungen in buntem Wechsel zeigt (pseudospontane Ausdrucksbewegungen). Die Verwandtschaft unserer Fälle mit dieser Psychose wird dadurch noch sicherer begründet, daß wir in den beiden letzten Fällen, welche die fraglichen Symptome in stärkster Entwicklung zeigten, noch andere als die Ausdrucksbewegungen beschrieben fanden: die zweite Kranke faßte an ihrer Decke herum, griff sich ins Gesicht, schlug sich auf die Oberschenkel, sie führte also einfachste Objektbewegungen ebenfalls ohne ersichtlichen Grund aus, wie wir sie

wieder bei den Motilitätspsychosen als häufige pseudospontane Bewegungen finden; die erste Kranke hatte Rededrang, sang, pfiff, tanzte herum. Noch von einer anderen Seite her gewinnen die psychischen Störungen bei Chorea Beziehungen zu den Motilitätspsychosen. Jene leichteren psychischen Anomalien, die sich in einer Verminderung der Spontaneität — zuweilen verbunden mit einer Ablehnung von außen kommender Bewegungsanregungen — äußerten, leiten offenbar zu den akinetischen Motilitätspsychosen über. Verbinden sich endlich eine ängstlich-reizbare Verstimmung mit Bewegungsverminderung und Ablehnung zu einem zweiphasigen Krankheitsverlauf, so haben wir eine Verlaufsweise, die wieder an die Motilitätspsychosen, die häufige zyklische, hyperkinetisch-akinetische Verlaufsweise derselben erinnert.

Die hier angedeuteten Beziehungen der psychischen Störungen bei Chorea zu den Motilitätspsychosen werden durch später zu beschreibende Fälle genauer ausgezeichnet werden, ebenso wie spätere Fälle die Spuren, die von den vorübergehend halluzinierenden Kranken und den Fällen mit einzelnen Angstvorstellungen zu den Delirien, der Halluzinose und der Angstpsychose hinlaufen, vertiefen werden.

B. Ausgesprochene Psychosen. — Von den ausgesprochen psychotischen 29 Fällen besprechen wir zuerst diejenigen, welche an die am Eingang dieses Abschnittes beschriebenen Kranken mit einzelnen Halluzinationen anknüpfen. Hinsichtlich des Verhaltens der Halluzinationen bestehen unter denselben Unterschiede, auf die wir nach Mitteilung der Krankengeschichten eingehen.

Der erste, dessen Halluzinationen von den anderen abweichen, sei ausführlicher mitgeteilt, weil er auch die oben hervorgehobenen körperlichen Symptome — tonische Zuckungen, tonische Sehnenreflexe und Störungen der Gefäßinnervation, des Pulses, sogenannte hysterische Stigmata wie Aufhebung von Haut- und Schleimhautreflexen und Druckpunkte, die sich mit der Besserung der Chorea ebenfalls zurückbildeten — zeigt.

Heino H., 21 Jahre, Schlossergeselle aus Rothstein, 3. Dezember 1904 bis 12. März 1905.

Vorgeschichte. Vor zwei Wochen erkrankt. Es fiel auf, daß H. oft plötzlich um sich sah, plötzlich auflachte und eigentümliche Bewegungen mit Armen und Beinen machte. Im Krankenhause in Liebenwerda, in das er vor 1 ½ Wochen aufgenommen wurde, konnte er nicht

mehr gehen und zuletzt auch nicht mehr sprechen. Er soll stets gesund gewesen sein und ist erblich nicht belastet.

Befund und Verlauf. Mittelgroßer, schmächtiger junger Mensch. Der Puls ist schwach, leicht unregelmäßig, durchschnittlich 80. Urin kann jedesmal nur in geringer Menge gelassen werden, geht zeitweise unwillkürlich ab. Innere Organe ohne Besonderheiten. Patient macht in größeren Zwischenräumen bald schleudernde, kurzdauernde Bewegungen mit den Armen und Beinen, bald erfolgen langdauernde, tonische Innervationen, bald der Beuger, bald der Strecker an den Extremitäten. Die Wirbelsäule wird bald mit einem Ruck weit überstreckt, so daß eine dem Arc de cercle entsprechende Haltung zustande kommt. Bald wird die Wirbelsäule mit ähnlichen plötzlichen heftigen Bewegungen nach links oder rechts gebogen, um sogleich oder nach einem längeren Verharren der Innervationen wieder schlaff auf die Unterlage zurückzufallen. Die Rumpfbewegungen sind so intensiv, daß der Kranke ohne den Schutz durch die Bettscheren aus dem Bett herausschnellen würde. Der Kopf wird hin und her geworfen, um dann wieder schlaff zurückzufallen, oder er wird tonisch in den Nacken gestreckt gehalten. Im Gesicht wechselnde, meist asymmetrische Innervationen. Der Kranke stößt verschiedenartige schnalzende, grunzende, prustende Laute aus. Die Bewegungen steigern sich bei der Ausführung aufgetragener Bewegungen und überhaupt während man sich mit dem Kranken beschäftigt.

Die Ausführung von Bewegungen auf Aufforderung ist teils durch die sich dabei steigernden Spontanbewegungen gestört, teils sind sie an sich erschwert bzw. unmöglich. Die Unterscheidung zwischen beiden Arten der Störungen ist im einzelnen Fall zuweilen sehr schwierig. Statt mimischer Bewegungen (Pfeifen, Backenaufblasen, Zunge zeigen) kommen ganz verkehrte Bewegungen heraus. Das Kauen ist fast unmöglich, bei der Darreichung flüssiger Nahrung verschluckt sich H. häufig, er kann sich im Bett nicht aufsetzen, der Kopf fällt ihm dabei schlaff in den Nacken zurück. Das Stehen und Gehen ist hauptsächlich durch die zahllosen sich dabei einstellenden ausfahrenden Bewegungen behindert. Der Gang erinnert an den eines schwer ataktischen Tabikers. H. läßt sich manchmal plötzlich unter völliger Haltlosigkeit des Rumpfes zusammenstürzen.

Von Sprachlauten bringt der Kranke zunächst nur „ja" und „nein" — in sinngemäßer Anwendung — heraus. Das Gesicht nimmt oft einen verzerrt weinerlich schmerzlichen Ausdruck an.

Hypotonie in sämtlichen Muskeln, Haltlosigkeit in Hals- und Rückenmuskeln.

Die Sehnenreflexe sind lebhaft, teils mehrschlägig, teils und zwar sowohl an Armen wie an Beinen, besonders aber an den Kniesehnen, tonische, langanhaltende Kontraktionen.

Die Kornealreflexe (dies konnte wegen der anfänglich sehr großen Unruhe des Kranken erst nach einigen Tagen festgestellt werden) aufgehoben.

Die Sohlenreflexe sind schwach, von normalem Typus.

Die Sensibilität ist, soweit eine Prüfung möglich ist, und wie spätere Untersuchungen bestätigen, nicht gestört.

Sehr gesteigertes Nachröten.

Der Befund am Nervensystem im übrigen o. B.

Soweit sich den Antworten des Kranken entnehmen läßt, ist er orientiert, hat Krankheitsgefühl, ist höchst mißmutig über seine Ungeschicklichkeit und Bewegungsunruhe, er leugnet Angst.

4. Dezember: Unverändert. Puls verlangsamt, 60, leicht unregelmäßig.

6. Dezember: Nachlaß der choreatischen Spontanbewegungen. Der Kranke bringt einige Worte mehr, wie Doktor, Halle, Klinik, heraus. Die tonischen Reflexe sind nur an der Achillessehne noch ständig vorhanden. An der Patellarsehne nur manchmal.

7. Dezember: Bei Druck auf die Unterbauchgegenden, und zwar mehr bei Druck auf die linke, starke Zunahme der Spontanbewegungen. Schlaf stellte sich bisher immer nur auf Injektion von 0,5 mg Hyoszin ein.

12. Dezember: Sprache wird besser. Er weint jetzt oft, ist vorübergehend ängstlich, fürchtet sich vor einem Kranken, der öfter außer Bett geht, wirft mit der Urinflasche nach ihm, ruft um Hilfe, spricht von Gift, will ins Wasser gehen. Ist dabei ganz orientiert, versteht, wie von Anfang an, alle Fragen und Aufträge.

Er schluckt besser, Gehen und Stehen sind noch sehr gestört. Beim Händedruck wird gleichzeitig der Arm im Schultergelenk gehoben, die Hand klappt im Sinne der Beuger am Unterarm um, der Arm wird plötzlich adduziert und die Hand auf die Brust gepreßt; dabei Mitbewegungen im Gesicht, Nacken und Rumpf, Hypotonie sehr ausgesprochen, die Reflexe sind nicht mehr tonisch verlängert.

14. Dezember: Während des Vormittags Anfall heftigster Bewegungen, Wälzen, Grimassieren, schleudernde und stoßende Arm- und Beinbewegungen, Spreizen der Finger, Zähneknirschen. Bei Druck auf die Unterbauchgegenden (rechts mehr wie links) steigern sich die Bewegungen noch. Nachlaß der Bewegungen nach 0,5 mg Hyoszin. Nachmittags springt er plötzlich aus dem Bett, will ins Wasser.

15. Dezember: Leichte Temperatursteigerung, Durchfälle.

16. Dezember: Weint wieder oft, fürchtet sich vor drei anderen Kranken, bezieht Vorgänge im Saal in ängstlichem Sinne auf sich, hat Phoneme (Strolch, Landstreicher), Vergiftungsideen. Man gäbe ihm etwas ein, daß er im Kopf verdreht werde, hält sich für unheilbar krank, es sei der letzte Tag. Hört die Stimmen von Kindern und von seinen Angehörigen, auch die des Arztes: „Er sei dumm."

18. Dezember: Wesentliche Besserung, Eßbewegungen und Schlucken ohne Störungen, mimische Bewegungen ebenfalls richtig ausgeführt. Beim Nachsprechen schwierigerer Probeworte Verwaschenheit der Sprache,

von dem Wort „Zivilisation“ bringt er nur die erste Silbe zweimal wiederholt heraus. Er geht, vom Arzt nicht beobachtet, mit nur geringer Unterstützung von seinem Bett bis zum Abort; bei der ärztlichen Untersuchung macht er nur einige hastige, schlürfende Schrittchen, ähnlich dem Polkaschritt.

Die jetzt hauptsächlich als Mitbewegungen auftretenden choreatischen Bewegungen sind, wie das auch schon von Anfang an zeitweise bemerkt wurde, links deutlich stärker als rechts.

Die Hypotonie noch sehr deutlich. Patellarreflexe herabgesetzt, Achillessehnenreflexe lebhaft, manchmal mehrschlägig, keine tonischen Reflexe mehr. Cornealreflexe und Würgreflexe aufgehoben. Die Gefäßerregbarkeit wie immer sehr gesteigert, der Puls ständig verlangsamt, 48—60, und leicht unregelmäßig. Er klagt sehr über die vielen schlechten Reden, er kann es nicht mehr aushalten wegen der Reden, er soll ein Bummler sein, man hat nach Hause geschrieben, daß er schon tot sei. Er hat deutlich gefühlt, daß man ihm mit dem Wasser Schwefelhölzer in den Mund gebracht hat. Man sagt: „Aus dem wird nichts mehr“. „Er wird heute oder morgen sterben.“ Ängstlich und weinerlich, hypochondrische Sensationen, „Der linke Arm ist wie Eisen“. Dabei ist er nie desorientiert, nie benommen und antwortet immer sinngemäß. Allgemeines körperliches Unbehagen, er sei so dreckig, Zehen und Finger seien ihm eingeschlafen.

8. Januar: Keine Beziehungsideen und Phoneme mehr, keine hypochondrischen Sensationen. Choreatische Bewegungen links mehr wie rechts nur bei Bewegungsintentionen, die Haltlosigkeit in Kopf und Rumpf sehr gebessert, Hypotonie noch sehr deutlich. Sehnenreflexe herabgesetzt. Er hat völlige Krankheitseinsicht für die psychotischen Erscheinungen. Niemand sei schuld an seiner Krankheit, die Bewegungen seien ganz unwillkürlich gewesen.

Die Schrift ist zittrig und ausfahrend. Gewichtszunahme.

12. Januar: Ohne sonstige Verschlimmerung werden heute wieder tonisch verlängerte Sehnenreflexe beobachtet.

15. Februar: Keine choreatischen Spontanbewegungen, höchstens noch als Mitbewegungen im Affekt. Hypotonie geringer. Konjunktivalreflexe fehlend.

12. März: Patient hat in den letzten Wochen, während er außer Bett war, fleißig auf der Station geholfen, fühlt sich ganz gesund, sieht wohl aus, erhebliche Gewichtszunahme. Keine Hypotonie mehr. Sehnenreflexe lebhaft, Rachenreflex herabgesetzt, Konjunktivalreflexe fehlen. Die Druckempfindlichkeit der Unterbauchgegenden gering, lebhaftes Nachröten, häufiger Wechsel der Gefäßfüllung im Gesicht. Entlassen.

Die Halluzinationen sind in diesem Falle überwiegend akustisch-sprachliche; eine zugrundeliegende ängstliche Verstimmung ist sehr deutlich zu erkennen. Angstvorstellungen beeinflussen den Inhalt

der Halluzinationen. Daneben findet man einfache Angstvorstellungen im Sinne der ängstlichen Beziehungsideen sowie Ansätze zu paranoischer Ausgestaltung solcher Wahnvorstellungen. Die örtlich-zeitliche Desorientierung bleibt erhalten.

Bei den übrigen halluzinierenden Kranken ist im Gegensatze dazu die örtlich-zeitliche Orientierung gestört, die Halluzinationen sind weniger Phoneme als optische Halluzinationen und kombinierte Situationstäuschungen. Der Zusammenhang der Halluzinationen mit der zugrundeliegenden ängstlichen Verstimmung und mit Angstvorstellungen ist weniger deutlich, paranoische Züge treten zurück.

Die 24jährige Bergmannsfrau Anna A. (J.-Nr. 6629), deren Schwester an Krämpfen gestorben war, erkrankte im 3. Monat der Gravidität an schwerer Chorea. Schon vor der Aufnahme in die Klinik war sie sehr ängstlich, glaubte vergiftet zu werden, fürchtete, nicht wieder gesund zu werden. Während anfangs die Orientierung — auch während sehr heftiger choreatischer Unruhe — erhalten war, „delirierte" die Kranke während eines schweren Anfalls choreatischer Bewegungen am 8. Tage nach der Aufnahme. Sie sah ihre Mutter, rief ihre Verwandten, war dabei sehr ängstlich. Am folgenden Tage dauerten die Halluzinationen unter hochgradiger choreatischer Unruhe an: Sie sah ihre Mutter zum Fenster hineinschauen und war örtlich mangelhaft orientiert, mehrmals entwickelte sie einen lebhaften Rededrang. Sie hatte Fieber zwischen 38,1 und 38,6°. Patientin wurde in den folgenden Tagen wegen ihrer ganz kollossalen Jaktationen mehrfach chloroformiert.

Sie starb am 11. Tage nach der Aufnahme, zirka 3 Wochen nach Beginn der Krankheit. Die Sektion erwies eine leichte verrucöse Endokarditis der Mitralis.

Bei der 19jährigen Frieda W. (J.-Nr. 9416) handelte es sich um eine schwere Chorea. Die Großmutter der Patientin war geisteskrank gewesen, die Mutter litt an Weinkrämpfen. Die Krankheit begann 6 Wochen vor der Aufnahme mit Reizbarkeit und raschem Stimmungswechsel. Die angebliche Ursache für die Chorea, welche die Angehörigen in einem Schreck über einen Brand sahen, wird man daher ebenso wie bei andern Fällen nur als auslösendes Moment, das bei der schon kranken Patientin nur um so stärker wirkte, gelten lassen können. Auch hier war die Kranke anfangs nur reizbar und labil. Mit einer am 2. Tage unter einer Temperatursteigerung bis 39° einsetzenden Angina wurde sie ängstlich, schrie laut, sah allerhand Gestalten, Figuren, ihre Mutter und hörte deren Stimme. Dies des Nachts. Am nächsten Morgen sah sie noch ihre Mutter über der Türe, war dabei orientiert. Nach 8 Tagen begannen mit einer fieberhaften Bronchitis wieder Gehörs- und Gesichtstäuschungen, Angst und hypochondrische Sensationen: sie sprach von Auspumpen des Blutes, Aufschneiden, wurde örtlich

und zeitlich desorientiert und machte mit einer Nadel den Versuch, sich die linke Radialarterie zu öffnen, war unsauber. Die Halluzinationen (Verbrennen) ließen wenige Tage nach dem Fieberabfall ebenfalls nach, zugleich mit der choreatischen Unruhe. Wieder nahmen Halluzinationen und Angst während einer zweiten Angina mit Temperatursteigerung auf einige Tage zu. Nach Abheilung derselben schwanden die psychischen Störungen, und Patientin wurde, auch von der Chorea wesentlich gebessert, nach zirka 6 Wochen entlassen.

Der 12jährige Karl P. (J.-Nr. 7497) bekam vor 4 Wochen choreatische Zuckungen im rechten Arm und Bein, die sich bald in Form einer schweren Chorea über den ganzen Körper ausbreiteten. Am Herzen war nur der zweite Pulmonalton verstärkt und die Schlagfolge unregelmäßig. Ein Glutealabszeß der rechten Seite steigerte die Körperwärme tageweise auf 40,2—40,6 °. Der Kranke war vom 3. Tage der Krankheit an ängstlich, hatte offenbar hypochondrische Sensationen (sprach von Erstechen) und optische Halluzinationen und Illusionen, sah einen Walfisch und Ratten und verkannte seine Mutter, sah in der Klinik an der Wand und Decke Gestalten, schreckliche Männer und Tiere, war dabei sehr reizbar, ängstlich und schreckhaft. Die Symptome waren hier schon vor der Fiebersteigerung aufgetreten. Patient wurde nach zirka 5 Wochen gebessert entlassen.

Im nächsten Falle, bei einer 24jährigen Diakonissin Johanna B. (J.-Nr. 388 II), traten delirante Halluzinationen nur im Beginn der Erkrankung auf. Patientin glaubte Gestalten zu sehen, sprach von „Männchen“. Die Chorea wurde hier durch eine Angina eingeleitet. Bei der Aufnahme in die Klinik, 14 Tage nach dem Beginn der Krankheit, trugen die vergrößerten Tonsillen noch Eiterpfröpfchen. Die choreatischen Bewegungen waren hier nur gering; während sie nachließen, entwickelte sich unter heftigen Schmerzen in der ganzen rechten Körperseite, besonders im rechten Arm, eine leichte rechtsseitige Fazialisparese und eine völlige Unfähigkeit, den rechten Arm zu bewegen. Schmerzen und Schwäche schwanden in zirka 2 ½ Wochen, es blieb eine deutliche Hypotonie des rechten Arms zurück. Die anfangs ängstlich-reizbare Kranke war in der zweiten Krankheitsphase auffallend still, mürrisch, gab nur widerstrebend über ihr Befinden Auskunft. Nach 7 Wochen geheilt entlassen.

Endlich gehört hierher wohl noch die 15jährige Marie W. (J.-Nr. 179 II), die während der klinischen Behandlung zwar keine psychischen Störungen mehr zeigte, uns aber als geisteskrank aus dem Krankenhaus zu Gerbstedt zugeführt worden war. Sie soll öfter außer Bett gegangen sein, sich das Haar aufgelöst haben und einigemal unsauber gewesen sein. Es handelte sich um gleichzeitigen Gelenkrheumatismus mit Endokarditis der Mitralis und eine Chorea von nur geringen Spontanbewegungen, aber sehr ausgesprochener Hypotonie und schweren Koordinationsstörungen. Hohes Fieber (bis 39,1) war nur in den ersten Tagen der klinischen Behandlung vorhanden, während später nur gelegentliche Temperatursteigerungen

bis höchstens 37,6 vorkamen. Die Gesamtdauer der Krankheit betrug hier zirka 3 Monate.

Bei sechs anderen Kranken dieser Gruppe entwickelt sich aus der örtlich-zeitlichen Desorientierung rasch eine Benommenheit, hinter der die Halluzinationen zurücktreten. Es erübrigt sich, die Fälle im einzelnen anzuführen.

Der erste Fall halluzinatorischer Psychose ließ also die örtlich-zeitliche Orientierung frei, die Halluzinationen selbst waren überwiegend akustisch-sprachliche. Die reizbar-ängstliche Verstimmung war dabei sehr ausgesprochen, und es erwuchsen auf ihrem Boden Vorstellungen teils der Versündigung, teils der Unheilbarkeit, teils der Bedrohung, die den Inhalt der Phoneme zum größten Teil bestimmten; auch die peinliche Wahrnehmung der Sensationen führte zu entsprechenden hypochondrischen Wahnvorstellungen, z. B. des Beschmutztseins, die auch wieder den Inhalt der Phoneme beeinflußten (die Stimmen warfen dem Kranken vor, er sei dreckig).

In der zweiten größeren Gruppe halluzinatorischer Erkrankungen — 11 Fälle — fanden sich derartige Halluzinationen und wahnhafte Ausgestaltungen derselben nur vereinzelt, während optische Sinnestäuschungen, kombinierte Halluzinationen von der Art der Situationstäuschungen, vorherrschten und eine örtlich-zeitliche Desorientierung, die sich in 6 Fällen zur Benommenheit steigerte, bestand.

Man sieht in diesen beiden Gestaltungen der halluzinatorischen Zustände die Grundlinien wieder, in denen auch unter der Einwirkung anderer schädigender Ursachen sich die halluzinatorischen Psychosen gestalten. Die beiden Krankheitsformen erinnern, die erste an die akute Halluzinose mit ihren vorwiegend akustisch-sprachlichen Halluzinationen und mit ihrer Neigung zu paranoischen Wahnbildungen sowie der stets begleitenden Angst, die zweite an die klassische halluzinatorische Allopsychose, das Delirium tremens. Es soll danach nicht gesagt sein, daß der esrte Fall eine Halluzinose schlechthin sei. Er unterscheidet sich von der Halluzinose und ebenso von einer halluzinatorischen Angstpsychose vor allem durch den Verlauf: die Halluzinationen, die Angst und die paranoischen Bildungen schießen auf, um relativ rasch mit oder bald nach der Besserung der Chorea wieder zu verschwinden. Die Aneinanderreihung der Symptome ist

nicht kontinuierlich wie dort, sondern unterbrochen: ängstlich-halluzinatorische Erregungen werden auf kurze Zeit durch eine ruhige Stimmungslage, ein auch sonst psychisch freies Verhalten ersetzt, um dann von neuem wieder aufzuflackern.

So ähnelt die Psychose in ihrem Verlauf — gewiss auch ein Ausdruck inneren Zusammenhangs — den Schwankungen der Stimmungslage, die wir bei den psychisch nur leicht betroffenen Fällen fanden, und die auch hier zugrunde liegen. Nie überdauerten die aus Angst und Halluzinationen sich aufbauenden Wahnbildungen das eigentliche akute Krankheitsstadium längere Zeit in Form eines paranoischen Zustandes, wie er für die Halluzinose in den meisten Fällen charakteristisch ist.

Das Symptomenbild der ängstlichen Halluzinose, das der Kranke Heino H. bot, ist somit vergleichsweise nur eine Entfaltung der Keime, welche die einfachen ängstlichen Verstimmungen schon in sich bergen, und die auf einer tieferen Stufe ihres Wachstums in den ängstlich verstimmten Kranken mit einzelnen Angstvorstellungen sichtbar wurden.

Infolge der bezeichneten Besonderheiten dieses, einer ängstlichen Halluzinose ähnlichen Zustandsbildes sind die Unterschiede desselben von den delirant-halluzinatorischen Krankheitsformen nicht so scharf wie die Unterschiede zwischen einer alkoholischen Halluzinose und einem Delirium tremens. Man findet daher verhältnismäßig häufig Zwischenformen, welche die Symptome der beiden halluzinatorischen Zustände vereinigen. Es ist bekannt, daß auch auf dem Boden des chronischen Alkoholismus Mischzustände von Delirium und Halluzinose vorkommen.

Folgende 3 Fälle gehören hierher:

Die 15jährige Emma B. (J.-Nr. 4463), die seit ihrem 10. Lebensjahr an einem in jedem Winter rückfälligen Gelenkrheumatismus litt, und deren schwere Chorea durch akuten Gelenkrheumatismus, Angina und anfängliche Temperatursteigerungen bis zu $40{,}0^{0}$ kompliziert war, war anfangs weinerlich und vergeßlich, später mehr brummig und mürrisch. Während des Fiebers und der starken choreatischen Unruhe beklagte sie sich einmal darüber, daß Leute von draußen hereinsähen und sprächen. Sie war anfangs mindestens zeitlich desorientiert, glaubte 11 Tage nach der Aufnahme erst 2 bis 3 Tage hier zu sein. Im zweiten fieberfreien Krankheitsstadium, während die choreatischen Bewegungen nur sehr gering waren und schließlich

schwanden, äußerte die Kranke verschiedene Angstvorstellungen: ihre Mutter wisse nicht, wo sie sei, sie bat, hier bleiben zu dürfen, fürchtete nach Halberstadt gebracht zu werden, wollte gehört haben, daß man dorthin telegraphiert habe. Sie wurde nach zirka zweimonatiger Krankheitsdauer geheilt entlassen.

Die 19jährige Marie M. (J.-Nr. 452) [1]) begann 4 Wochen vor der Aufnahme über Schmerzen im Nacken und rechten Arm und große Müdigkeit zu klagen. Als sie zirka 14 Tage später die Arbeit wieder aufnahm, wurde sie — angeblich infolge eines Schrecks — von heftigen, krampfhaften Bewegungen während der Feldarbeit befallen. Seitdem schwere Chorea mit schweren Koordinationsstörungen. Die Kranke machte dabei „den Eindruck mangelhafter Orientiertheit". Nach anfänglicher heiterer Verstimmung wechselten unvermittelt und ohne Grund lautes Weinen und Lachen. Die Chorea verlief unter anfallsweisen Steigerungen. Auf der Höhe der Jaktationen rief die Kranke einmal: „Ich bin tot, die Decken stinken, laßt mich aus dem Neste, ich breche das alles entzwei". Zu andern Malen kletterte sie auf die Fensterbrüstungen und schrie laut nach ihrer Mutter, war sehr ängstlich, hatte ein Brennen auf der Zunge, weshalb sie das Essen vergiftet glaubte, sah einmal einen Menschenkopf im Bette. Während des Nachlassens der choreatischen Bewegungen klagte sie noch über das Brennen, das ihr das Bett verursache, hörte ihre Mutter weinen und hatte die Angstvorstellung, sterben zu müssen. Kurz vor der Entlassung traten im Anschluß an einen Schwindelanfall nochmals vorübergehend einige Zuckungen in den Armen auf. Über der Herzspitze hörte man ein systolisches Blasen. Nach zirka dreimonatiger Krankheitsdauer geheilt entlassen

Die Hilfsbremsersfrau Ida H., 26 Jahre (J.-Nr. 11420), hatte beim Stillen des ersten Kindes einmal vorübergehend die Sprache verloren. Ihr Bruder ist Epileptiker. Vor zirka 4 Monaten will sie sich am offenen Fenster stehend durch Zugluft erkältet haben. Sie spürte ein Kribbeln und eine Schwäche in der ganzen linken Körperhälfte und verlor wieder für einige Minuten die Sprache. Bald danach traten Schmerzen im linken Arm auf, der Arzt konstatierte Gelenkrheumatismus. Dann kamen Zuckungen zuerst in der linken Gesichtshälfte. Vor 2 Tagen ins Diakonissenhaus aufgenommen, bemerkte sie dort, daß alles verändert war; die andern Kranken hätten sich die Gesichter mit weißer Masse bestrichen, um sie zu erschrecken, die Schwestern hätten an ihren Vater telephoniert, sie sei gestorben, im Badezimmer hätte man etwas mit ihr vorgehabt, jedenfalls nichts Gutes. Sie wollte vor Angst zum Fenster hinausspringen. Hier hatte die Kranke nur mäßige linksseitige choreatische Bewegungen. Das Herz war etwas nach links verbreitert, an der Herzspitze ein systolisches Geräusch; lebhaftes vasomotorisches Nachröten, linksseitige Druckpunkte.

---

[1]) *Wollenbergs* Beobachtung 2.

Patientin hatte keine Krankheitseinsicht für die vorangegangenen Halluzinationen. Einige Tage nach der Aufnahme schien ihr auch hier, als sie von einer ergographischen Untersuchung auf den Saal zurückkehrte, alles verändert, der Mann, der sie eben besucht habe, habe wohl die Kleider ihres Mannes angehabt, sie wisse aber nicht, ob es ihr Mann gewesen sei. Bald darauf verweigerte sie einmal aus Vergiftungsfurcht die Nahrungsaufnahme. Später hatte sie nur nachts manchmal wirre Träume. Mit dem Nachlassen der choreatischen Bewegungen wurde sie apathisch und abweisend. Nach zirka zweimonatiger Dauer der Chorea vom Mann gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Eine Besonderheit der choreatischen halluzinatorischen Zustände, auf die *Wollenberg* zuerst hingewiesen hat, sind die hypochondrischen Sensationen des Brennens, Stechens u. ä. mit ihren wahnhaften Deutungen des Beschmutztseins, der Vergiftung, der Schwangerschaft. Allerdings darf man diese Sensationen nur zum Teil als eigentliche Halluzinationen, d. h. als kortikale oder transkortikale Reizerscheinungen auffassen. Die bei Chorea zuweilen vorkommenden sogenannten zentralen Schmerzen und Parästhesien, die auf Läsionen der subkortikalen, sensiblen Bahnen beruhen (vergleiche *Edinger*s Fall), können ähnliche Symptome zeitigen und können ebenfalls von den auch sonst psychisch geschädigten Kranken wahnhaft gedeutet werden. Außerdem wird durch das oft hohe Fieber die Hauttemperatur nicht selten tatsächlich erhöht, die häufige Labilität der Gefäßinnervationen schafft peripher bedingte Wärme- und Kälteempfindungen; endlich wird die Haut bei den Jaktationen der Kranken gerieben und gestoßen, es entstehen Schrunden, Schwellungen, Furunkel, Abszesse, Dekubitus — also zahlreiche Quellen peripherer Sensationen.

In der Krankheitsform der zweiten Gruppe halluzinatorischer Zustände, den traumhaften Halluzinationen mit örtlich-zeitlicher Desorientierung, hat *Möbius* die spezifische Choreapsychose gesehen. Nun läuft aber in dem einen unserer Fälle Benommenheit einer interkurrenten Pneumonie parallel. Im Falle (I.-Nr. 9416) standen drei delirant-halluzinatorische Schübe in der deutlichsten Beziehung zu drei interkurrenten fieberhaften Erkrankungen (einer Angina, einer Bronchitis und einer zweiten Angina). Eine andere Kranke (J.-Nr. 7746) hatte neben deliranten Halluzinationen, Kollapszuständen und endlicher Benommenheit hohes Fieber, die Sektion erwies Thromben im Plexus uterinus und eine Embolie eines Lungenarterienastes.

In einem weiteren Falle (J.-Nr. 1072) entwickelte sich die Benommenheit im Anschluß an die Entbindung, zugleich mit anfänglicher subnormaler Temperatursenkung, der dann eine Fiebersteigerung bis 38,8° folgte; Sektion: Endokarditis, Pyelonephritis.

Während in diesen Fällen die deliranten Zustände bzw. die Benommenheit zweifellos mit den interkurrenten Infektionen, eventuell dem Fieber und Kräfteverfall zusammenhängen, stand die Chorea selbst bei einigen der übrigen Fälle in ursächlicher Verbindung mit einer fieberhaften Angina, einer fieberhaften Endokarditis oder einem fieberhaften Gelenkrheumatismus. Ob hier die Delirien bzw. die Benommenheit der Einwirkung des auch die Chorea bedingenden infektiösen Agens auf das Gehirn entsprangen, oder ob es sich um einfache Fieberdelirien gehandelt hat, ist nicht sicher zu entscheiden.

Bei mehreren Kranken stellten sich Delirien oder Benommenheit auf der Höhe der Jaktationen oder unmittelbar nach denselben ein, um dann mit oder bald nach denselben wieder zu schwinden. Unter diesen Fällen ist aber nur einer (J.-Nr. 452) als ein reiner zu betrachten, da alle übrigen fieberten und die ursächliche Wirkung des Fiebers nicht ausgeschlossen werden kann. Aber selbst wenn in allen diesen Fällen die fraglichen psychischen Störungen nur mit den Jaktationen im Zusammenhange ständen, wäre damit noch nicht erwiesen, daß sie der Einwirkung der choreatischen Krankheitsursache selbst auf das Gehirn ihre Entstehung verdankten. Es wäre auch möglich, daß sie erst die Folgen der Jaktationen wären, sei es, daß die außerordentliche Muskeltätigkeit den Stoffwechsel in einer die Gehirnfunktionen schädigenden Weise abänderte (etwa durch den starken Sauerstoffverbrauch oder durch die Entstehung giftiger Stoffwechselprodukte, z. B. der Milchsäure) sei es, daß die Hyperfunktion der einen — der motorischen — Hirngebiete an sich eine Funktionsherabsetzung auf anderen Hirnterritorien bewirkte (vgl. die ähnlichen Überlegungen *L. Meyers* über den Zusammenhang von Chorea und der „Manie" seines Falles). Für einige Fälle wäre es auch nicht ausgeschlossen, daß Desorientierung oder Benommenheit mit der Einwirkung der hohen Dosen von Narcoticis, die bei sehr unruhigen Kranken gegeben werden mußten, zusammenhingen.

Die deliranten Zustände im Verlaufe der Chorea sind also ätiologisch sehr ungleichwertig. Unter Berücksichtigung der ursächlichen

Rolle interkurrenter Infektionen, der körperlichen Erschöpfung, der Einwirkung von Narcoticis, des Fiebers, der Jaktationen schränkt sich die Zahl derjenigen Fälle, die im engsten Sinne mit Sicherheit als choreatische Delirien angesprochen werden können, auf zwei von den bisher erwähnten 15 Kranken ein (J.-Nr. 7497 und 11420). Diese eigentlich choreatischen Delirien müssen dann noch darauf untersucht werden, ob das Delirium nur symptomatisch — als Begleitdelirium im Sinne *Ziehens* — auftritt, ob es der Kurve der übrigen Krankheitserscheinungen folgt, oder ob es eine selbständige Bedeutung gegenüber dem Ablauf der anderen Krankheitserscheinungen besitzt. Die beiden genannten Fälle dürften der zweiten Gruppe angehören. Spätere Fälle werden Gelegenheit geben, auf diese Unterscheidung zurückzukommen.

In vielen Fällen sind also die delirant-halluzinatorischen Zustände zufällige oder sekundäre Komplikationen der Chorea, sie wachsen nicht wie die der Angstpsychose oder Halluzinose ähnlichen Symptomenbilder aus den psychischen Grundstörungen der Chorea heraus. Trotzdem fehlt den deliranten Zuständen, soweit sie durch das die Chorea selbst bedingende Agens verursacht werden, nicht die Beziehung zu gewissen leichteren, psychischen Veränderungen der Choreatiker: in der Unaufmerksamkeit, Vergeßlichkeit und Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit vieler Choreatischen erkennt man die Vorstufen gröberer Störungen, die uns hier in der Lösung großer Vorstellungsverbände, hauptsächlich der örtlich-zeitlichen Orientierung entgegentreten.

Wenn Möbius die halluzinatorischen Delirien für die charakteristische Choreapsychose ansah, so vernachlässigte er die zahlreichen Nebenursachen derselben; indem er weiter die traumhaften Delirien dem unbestimmten Begriff einer halluzinatorischen Verwirrtheit gleichsetzte, dem man ungefähr alle mit Halluzinationen einhergehenden Psychosen einordnen kann, übersah er die Verschiedenheiten der bei Chorea vorkommenden Symptomenbilder und subsummierte sie einer Krankheitsform, dem halluzinatorischen Delirium, mit der sie zu einem erheblichen Bruchteil nichts zu tun haben.

---

1) Vergl. Kauffmann, Physiol.-chem. Untersuchungen bei der Myasthenie. Monatsschrift f. Psych. u. Neur. 1906.

In einer letzten Gruppe sind die Fälle zusammengefaßt, in denen sich die schon mehrfach angedeuteten Beziehungen der psychischen Störungen zu den Motilitätspsychosen enger schließen. Jene leichter psychisch affizierten Kranken, die eine gewisse Verminderung der Spontaneität und zuweilen ein Ablehnen von außen kommender Bewegungsanregungen zeigten, erinnerten an die akinetischen Motilitätspsychosen, während andere Kranke mit auffallend intensiven und unvermittelt wechselnden Ausdrucksbewegungen und einzelnen anderen Pseudospontanbewegungen Übergänge zu den hyperkinetischen Psychosen enthielten.

Die folgenden durch noch aufdringlichere Symptome seitens der Motilität ausgezeichneten Fälle sind zum Teil wieder von Symptomen der bisher beschriebenen Krankheitsformen begleitet, besonders oft von deliranten Symptomen (Desorientierung, Personenverkennung, Situationstäuschungen und Benommenheit). Diese Fälle geben daher Gelegenheit, auch auf die deliranten Zustände zurückzukommen. Zunächst wird über 3 Kranke berichtet, welche die motorischen Symptome frei von derartigen Beimischungen boten.

Die 15jährige Marie S. (J.-Nr. 939)[1]) hatte schon vor ½ Jahr Veitstanzbewegungen im rechten Arm und linken Bein, die jetzt seit 3 Wochen wieder bestehen. Zwischen den sich über den ganzen Körper ausbreitenden Bewegungen lachte sie laut auf, schrie und weinte dann krampfartig, konnte zuletzt nicht mehr sprechen. In der Klinik machte sie nur ab und zu choreatische Bewegungen im Gesicht, mit den Händen und Füßen. Der Gesichtsausdruck war teilnahmlos, sie reagierte nicht auf Fragen, oder höchstens einmal mit einem „ja". Sie nahm von der Umgebung keine Notiz, lag den ganzen Tag unbeweglich, beim Gehen setzte sie die Beine übereinander, sie ließ den Urin unter sich gehen. Nach zirka 1 ½ Monat sprach sie erst sehr wenig, lächelte etwas, sagte spontan „guten Tag". Von da ab besserte sie sich rasch, wurde heiter und vergnügt und konnte nach ca. dreimonatiger Dauer der Krankheit geheilt entlassen werden. Herzveränderungen waren nicht nachweisbar gewesen, Patientin hatte vor ½ Jahr die ersten Menses gehabt und war 14 Tage vor der Aufnahme wieder menstruiert.

Die 20jährige Emma P. (J.-Nr. 12661) ist durch Trunksucht der Mutter belastet. Zirka 14 Tage vor der Aufnahme erkrankte sie nach dem ärztlichen Bericht an Chorea. Dabei war sie besonders des Abends aufgeregt und hatte „maniakalische" Erregungszustände. Seit wann diese

---

[1]) *Wollenbergs* Beobachtung 6.

Aufregungen bestanden, ist nicht ersichtlich. Zwei Tage vor der Aufnahme machte die Kranke einen Selbstmordversuch, indem sie den Rest der ihr verschriebenen Fowlerschen Lösung (2—3 g) und eine nicht zu bestimmende Menge von sog. Scheidewasser trank. Patientin, die eine asymmetrische Kopfbildung und Wolfsrachen hatte, führte nur in den ersten Tagen mäßige choreatische Bewegungen, besonders mit den Armen, aus. Neben den choreatischen Bewegungen auch Pseudospontanbewegungen, die leider in der Krankengeschichte nicht näher beschrieben sind. Die Hypotonie war sehr ausgesprochen; die Kranke war bei feineren Fingerbewegungen auffallend ungeschickt. Die Unterbauchgegenden waren druckempfindlich. Die Kranke machte einen matten und schlaffen Eindruck, reagierte nicht auf Fragen, Erst nach einigen Tagen gab sie spärliche Auskunft, aus der hervorging, daß sie örtlich, zeitlich und über ihre Erlebnisse orientiert war. Manchmal weinte sie. Zirka 14 Tage nach der Aufnahme begann sie mehr zu weinen und zu jammern, drängte aus dem Bett, gab auf Fragen keine Antwort, verweigerte das Essen. Die choreatischen Bewegungen waren nur noch gering. Aus vereinzelten Äußerungen ging hervor, daß sie Stimmen hörte: Man wolle sie hier festhalten, sie dürfe nicht essen, sie solle totgeschlagen werden, man spucke ihr ins Essen, man sage Schlechtes von ihr, nenne sie Schwein. Sie aß nicht von selbst, wohl aber sichtlich gern, sobald man ihr das Essen in den Mund gab. Die Stimmen warfen ihr weiter vor, sie sei faul, sie dürfe nicht hierbleiben, sie dürfe nicht essen, sei nicht krank, sie habe keine eigene Wäsche an, habe kein eigenes Bett. Sie bat flehentlich, aufstehen und arbeiten zu dürfen, um sich ihr Essen durch Arbeit zu verdienen. Dabei blieb sie sonst ohne Initiative, gab gar nicht oder nur selten Antwort, sträubte sich gegen passive Bewegungen, manchmal wiegte sie dasitzend den Oberkörper hin und her.

Sie wurde nach 2 ½ Monaten ungeheilt von den Angehörigen abgeholt.

Die 16jährige Auguste H. (J.-Nr. 2047) [1]), deren Vater geisteskrank durch Selbstmord geendet hatte, und deren Mutter geistesschwach und manchmal „irre" war, erkrankte wenige Tage vor der Aufnahme, angeblich im Anschluß an eine Aufregung über einen Streit mit der Mutter. Sie hatte auf der Schule schwer gelernt und war schon immer sehr reizbar gewesen. Nachdem sie als Kind Masern und Scharlach durchgemacht hatte, war sie vor 2 Jahren angeblich nierenkrank gewesen. Bei dieser Erkrankung soll sie geistesabwesend gewesen sein und dummes Zeug geredet haben.. Die Menses sollen vor 6 Wochen zum erstenmal aufgetreten sein, seitdem nicht wieder. Das blasse, schlechtgenährte Mädchen befand sich in verwahrlostem Zustand. Die Herzdämpfung war nach rechts verbreitert, der erste Mitralton geräuschartig, der Puls unregelmäßig. Die schwere Chorea war schon in den ersten Tagen von mehrfachen lebhaften Affektausbrüchen (Weinen, Lachen, Zorn) begleitet. Die Stimmung

[1]) *Wollenberg*s Beobachtung 7.

wechselte oft. Während die choreatischen Bewegungen abnahmen, wurde die Kranke ruhig und auffallend abweisend: sie stieß die ihr gereichte Hand oft weg, antwortete — z. B. bei der klinischen Vorstellung — nur mit wenigen Worten (ja, nein), nahm wenig Nahrung zu sich. Dabei äußerte sie Versündigungsideen, sie sei schlecht, nicht wert, daß man sich um sie kümmere. Sie ging außer Bett mit der Begründung, des Bettes nicht wert zu sein, sie müsse ein ganz schlechtes Bett haben, Sie sei ganz verdreckt, sie habe gesündigt, ihre Mutter und ihren Bruder ins Unglück gebracht, habe zu Hause nichts ordentlich gemacht, immer gegen alle geredet, sie hörte einmal, daß sie gehängt werden solle. Die choreatischen Bewegungen nahmen mehr und mehr ab, während die Kranke noch ablehnender wurde; sie sträubte sich heftig gegen das Essen, stand mit ängstlichem Gesichtsausdruck neben ihrem Bett, fing immer Sätze an, ohne über die ersten Worte hinauszukommen, dann saß sie da, fortwährend mit dem Finger an Nase und Lippe spielend, wodurch sie sich eine Schwellung dieser Gegenden zuzog. Manchmal lief sie durch den Saal, entkleidete sich plötzlich und legte sich in ein für eine andere Kranke bereitetes Bad. Dabei äußerte sie immer noch gelegentlich die obigen Angstvorstellungen. Mehrfach war sie unsauber. Nach einer vorübergehenden Besserung wurde sie wieder scheuer und unzugänglicher und wurde in diesem Zustand gegen ärztlichen Rat nach ca. fünfmonatiger Krankheitsdauer von den Angehörigen abgeholt.

Die Erkundigungen, die ich über die weiteren Lebensschicksale der Patientin eingezogen habe, haben ergeben, daß sich die H. 1894, 2 Jahre nach ihrem Aufenthalt in der Klinik, mit einem Landwirt verheiratet hat. 1897 war sie kurze Zeit in der Behandlung der psychiatrischen Klinik zu Jena, wo bei ihr ein ausgesprochener Schwachsinn mit Angstaffekten (Drang, wegzulaufen) gefunden wurde. Die Patientin machte damals leichte klonische Zuckungen mit dem rechten kleinen Finger und Mittelfinger und den Zehen des rechten Fußes. Gaumen- und Würgreflex fehlten, das Gesichtsfeld war für Rot und Blau eingeschränkt. Die Patientin ist damals aus eigenem Antriebe in die Klinik gegangen, weil sie sehen wollte, woran es läge, daß sie mit ihrer Arbeit nicht mehr recht vorwärts käme (allerdings fühlte sie sich auch körperlich schwach und soll blutarm gewesen sein). 1897 wurde ihre Ehe geschieden, nachdem sie ihren Mann, den sie mit einer andern beobachtet hatte, verlassen hatte. Sie lief damals davon, kam abends an eine Bahnwärterbude und ließ sich mit dem Bahnwärter ein. 1902 verheiratete sie sich wieder mit einem Arbeiter, der ein Trinker und Verschwender war und entmündigt wurde und das Vermögen seiner Frau allmählich durchbrachte. Die H. konnte ihn nicht daran hindern, da sie selbst ihre Vermögensverhältnisse nicht überblicken konnte, weshalb sie im April 1904 selbst ihre Entmündigung wünschte. Es wurde ihr damals ein Pfleger gesetzt. In dem in dieser Sache erstatteten Gutachten des Herrn Dr. *Breymüller* ist sie als geistesschwach bezeichnet, sie leide an unbe-

gründetem Stimmungswechsel und zeige trotz der ungünstigen Verhältnisse im allgemeinen eine heitere Affektlage. Da sich anscheinend die Pflegschaft als ungenügend erwies, wurde die H. im März 1904 entmündigt. Im Entmündigungsgutachten des Herrn Dr. *Giese*-Jena wird wieder ihre Geistesschwäche in der Beurteilung ihrer wirtschaftlichen Lage und ihre Willensschwäche gegenüber dem Einfluß ihres Mannes hervorgehoben. Sie war unfähig, mehr als die einfachsten Rechenaufgaben zu lösen, ihre Briefe waren zerfahren. In einem derselben [1] ,der sich bei den Entmündigungsakten befindet, sind in meist sinnloser Weise einzelne Worte unterstrichen, dieselben Ausdrücke mehrmals wiederholt, und die ganze Anklage, die sie darin gegen ihren Hauswirt richtet, mit Gemeinplätzen und öden Phrasen durchsetzt. Sie schilderte in der Verhandlung ihre üble wirtschaftliche Lage lächelnd und beschrieb ihren Ehebruch mit dem Bahnwärter ganz naiv ohne jede Erregung und ohne Zynismus. Zur Entmündigungsverhandlung zu kommen hatte sie sich energisch geweigert und mußte schließlich von einem Gendarmen herangeholt werden. Nach einer Mitteilung des großherzoglichen Amtsgerichts zu Jena vom 14. Dezember 1906 ist auch die Vormundschaft ziemlich wirkungslos geblieben, da der Ehemann die Frau zu einem fast vagabondierenden Leben veranlaßt hat.

In diesen 3 Fällen wurden während der ersten Krankheitsphase, der der stärkeren choreatischen Unruhe, neben den choreatischen Bewegungen intensive, unvermittelt wechselnde Expressivbewegungen — lautes Lachen, Schreien, krampfhaftes Weinen — beobachtet. Im zweiten Falle ist bemerkt, daß neben den choreatischen Bewegungen Pseudospontanbewegungen vorhanden gewesen seien; leider ist nicht beschrieben, von welcher Art dieselben gewesen sind. Nach dem Bericht des die Kranke in die Klinik einweisenden Arztes hat

---

[1] „Herrn Lotze

Frau Wecker will gegen mich klagen wegen Miethe Exmisionsklägehat sie gegen mich im Willen Sie will mich verklagen. Was soll ich da Thun o Lassen. Wenn sie gegen mich klagen thut kann ich nicht ändern. Soll ich mich mit meinen Kindern auf die Straße gehen lassen? Falsche Leute sind sehr gefährlich.

Schlau schadet nichts aber Falsch ist sehr gefährlich. —

habe schon viele Leute kennen gelernt aber Falsche Leute können Schaden anrichten. Es is mir eben jetz eine Frauen Person gewesen. Eine Frau zu unterdrücken is keine Kunst aber Leute Helfen Thatsächlich Helfen das is Kunst. Weis nichts zu schreiben mehr.

Das manche Leute nichts können schadet nichts aber nichts lernen wollen schadet mehr Nichts thun wollen noch viel mehr.“

dieselbe Kranke im Beginn ihres Leidens „maniakalische Erregungszustände“ gehabt; möglicherweise hat es sich dabei auch mehr um einen psychomotorischen, als um einen im eigentlichen Sinne maniakalischen (intrapsychischen) Bewegungsdrang gehandelt. Nach den in der Klinik gemachten Beobachtungen gingen die hyperkinetischen Symptome der drei Kranken kaum über das Maß dessen hinaus, was wir an einer früher beschriebenen Gruppe von Kranken gesehen haben, die neben verschiedenartigen gemütlichen Verstimmungen derartige Symptome als einzige im engeren Sinne psychotische Symptome darboten.

Dagegen sind die Erscheinungen der Bewegungsverminderung, die sich in diesen Fällen mit dem Abklingen der choreatischen Unruhe entwickelten und diese bei den beiden letzten Kranken erheblich überdauerten, um so ausgesprochener. Es handelt sich um die Steigerung der Symptome von Bewegungsverminderung und Ablehnung, die uns bei einer Gruppe von psychisch nur leicht betroffenen Fällen zuerst entgegentraten. Diese Symptome erreichen hier eine solche Höhe und erstrecken sich über so lange Zeit, daß die Ähnlichkeit mit gewissen Formen der akinetischen Motilitätspsychosen *Wernickes* (katatonischer Stupor) auffallend wird. Die Kranken liegen regungslos, stumm da, lassen unter sich gehen, die zweite Kranke sträubte sich gegen passive Bewegungen, ebenso sind bei einer noch später zu besprechenden Kranken Muskelspannungen ausdrücklich bemerkt (die Kranke lag zusammengekrümmt mit angezogenen Gliedern da); eine andere kauerte in den Ecken; bei einem ebenfalls noch ausführlich mitzuteilenden Kranken wurde das Verharren in passiv gegebenen Haltungen beobachtet.

Bei einem weiteren Falle, der während der Niederschrift dieser Arbeit in die Klinik kam, entwickelten sich während einer akinetischen, dem Stadium der choreatischen Bewegungen folgenden Krankheitsphase ebenfalls Muskelspannungen, besonders in den von *Wernicke* als Prädilektionsmuskeln der Spannungen erkannten Kaumuskeln und in den Nackenmuskeln und den Adduktoren der Oberschenkel. Wahrscheinlich sind überhaupt die spezifisch akinetischen Symptome der Muskelspannungen und der Flexibilitas häufiger vorhanden gewesen, als sie in den Krankengeschichten vermerkt wurden. Vor *Wernicke*, der die motorischen Symptome der Geisteskranken zuerst in dem ihnen eigenen bedeutenden Umfange gewürdigt

hat, sind dieselben oft nicht entsprechend bewertet oder übersehen worden. Auch die Nahrungsverweigerung dieser Kranken gehört — mindestens zum Teil — zu den psychomotorisch-akinetischen Symptomen: die Kranken essen nicht auf Grund irgend welcher geordneter Überlegung, infolge von Wahnvorstellungen nicht, sondern weil ihre ganze motorische Reaktionsweise gegenüber den Reizen der Außenwelt in krankhafter Weise abgeändert ist. Es handelt sich um Kurzschlußakte, die mit geordneten Gedankengängen nichts zu tun haben. Das war besonders schön bei der zweiten Kranken zu sehen, die nicht aß und sich gegen das Essen sträubte, die aber, wenn man ihr die Speisen in den Mund gesteckt hatte, mit sichtlichem Behagen aß. So handeln die Kranken, indem sie sich nicht bewegen und die von außen kommenden Bewegungsanregungen ablehnen, vergleichsweise gemäß einem inneren Zwange. Ihr Handeln ist ihnen selbst, d. h. ihren übergeordneten Gedankenreihen unerklärlich und ruft daher, auf die eigentliche Gedankentätigkeit zurückwirkend, verschiedenartige Erklärungsversuche hervor (z. B. es sei ihnen verboten zu essen, sie schadeten jemand, wenn sie äßen), und es entsteht oft das Bild einer schweren Ratlosigkeit hinsichtlich des gesamten motorisch-sprachlichen Reagierens. So die zweite Kranke: sie wußte nicht, ob sie essen dürfe, ob sie hier bleiben dürfe; sie wollte arbeiten, um dann doch wieder ohne jede Initiative zu bleiben; es entstanden die offenbar daran anknüpfenden Versündigungsvorstellungen; sie sei faul, sei gar nicht krank, sei des Bettes nicht wert. Die ratlos-ängstlichen Gedanken geben schließlich auch der halluzinatorischen Erregung Inhalt und erscheinen wieder als Phoneme, die z. B. den Kranken das Essen verbieten und ihnen Vorwürfe über ihr Verhalten machen.

Zuweilen durchbrechen impulsive Bewegungen die Akinese. Die dritte Kranke lief durch den Saal, entkleidete sich ebenso plötzlich und legte sich in ein für eine andere Kranke gerade hergerichtetes Bad. Auch diese plötzlich auftauchenden, autochthone Zielvorstellungen verwirklichenden Akte erwachsen aus der Ratlosigkeit der Kranken hinsichtlich ihres motorischen Verhaltens. Zu anderen Malen führen die Kranken bei sonstiger Regungslosigkeit einige einfache stereotype Bewegungen (Rumpfwiegen, mit den Fingern an der Nase herumspielen) aus. Das sprachliche Verhalten entspricht dem motorischen. Die Kranken sind stumm oder sprechen nur ein paar Worte, eher noch

spontan als auf Fragen. Der reaktive Mutazismus ist der Negativität gegenüber sonstigen Bewegungsanregungen analog.

Wie weit neben der psychomotorischen Akinese Ausfallserscheinungen in den höheren, intrapsychischen Vorstellungsverknüpfungen einhergehen und eventuell die ersteren bedingen, muß hinsichtlich der drei bisher beschriebenen Kranken unentschieden bleiben. Die folgenden Fälle sind daraufhin genauer beobachtet; hier sei nur bemerkt, daß nach anderen Erfahrungen zwar sehr oft ein Ausfall an Gedankentätigkeit das akinetische Verhalten begleitet, daß aber auch Fälle reiner psychomotorischer Akinese beobachtet werden, welche die Unabhängigkeit dieser Symptome von dem Ausfall höherer Gedankenleistungen dartun.

Die beiden letzten Fälle waren durch Angst und ängstliche Phoneme kompliziert. Zum Teil entsprangen diese Symptome der Ratlosigkeit hinsichtlich des motorischen Verhaltens, zum Teil waren sie aber wohl selbständige Erscheinungen entsprechend der oft beobachteten ängstlichen Verstimmung der Choreatiker. Die Fälle gleichen darin dem oben ausführlich mitgeteilten Kranken Heino H., dessen psychische Störungen einer ängstlichen Halluzinose ähnelten. Auch die hypochondrischen Sensationen und Wahnvorstellungen des Beschmutztseins u. ä. kehren hier wieder. Dagegen fehlen optische und Situationstäuschungen, wie sie bei den Delirien vorkommen; ebenso bleibt die örtlich-zeitliche Orientierung frei.

Anders in den folgenden Krankengeschichten:

Auguste R., 22 Jahre (J.-Nr. 6354).

Patientin, erblich nicht belastet, ist immer reizbar, „nervös“ gewesen und seit der Schulzeit bleichsüchtig. Seit dem 18. Jahr regelmäßig menstruiert. Erkrankte 4 Wochen vor der Aufnahme mit Zuckungen in den Gliedern und im Gesicht. Von Anfang an sah sie nachts Gespenster, Teufel, Frösche, Krallenhände und ähnliches. Sie weinte oft, ohne einen Grund dafür angeben zu können. Im Krankenhause, in das sie nach etwa 14 Tagen gebracht wurde, mußte sie nach 8 Tagen isoliert werden, weil sie eines Abends aus dem Bett sprang, auf den Korridor lief, laut betete, hinkniete, sich entkleidete und jammerte, sie müsse sterben.

Das extrem anämische Mädchen bot das Bild einer sehr schweren Chorea mit schwerer Hypotonie. Die Patientin war anfangs euphorisch und entwickelte einen erheblichen Rededrang. Zeitlich war sie desorientiert. Während eines bald nach der Aufnahme einsetzenden schweren chorea-

tischen Anfalls brüllte sie laut, verlor die örtliche Orientierung, konfabulierte von Mißhandlungen durch die Krankenschwester, hatte ängstliche Akoasmen (Klappen und Klinkern), sah schwarze Männer an der Tür, erkannte den Arzt nicht als solchen. Zwischen den choreatischen Anfällen vorübergehend ängstlich. In den folgenden Tagen war sie auch bei geringerer choreatischer Unruhe desorientiert, hatte vielfach den beschriebenen ähnliche Halluzinationen, teils einen ziemlich erheblichen Rededrang, teils stieß sie inkohärente Sätze aus. Die choreatische Unruhe klang in zirka 3 Wochen (bis 28. Oktober) ab, während Patientin desorientiert blieb und massenhafte Sinnestäuschungen hatte, und zwar auf allen Gebieten: hörte „Pharao" rufen, roch Leichen, hatte das Gefühl, als wenn sie sich drehte, als ob von der Decke auf sie geschossen würde, als ob ihr Genick weich, der Hals zugeschnürt sei; Sensationen des Abgestorbenseins, der Kälte. Dabei machte sie einen sowohl körperlich als auch geistig erschöpften Eindruck, schien sich gar nicht um ihre Umgebung zu kümmern, sprach fast garnicht, höchstens einmal ein abruptes Wort, örtlich war sie sehr unsicher orientiert. Auffallend war, daß sie trotz Kenntnis zahlreicher Einzelheiten keine Schlüsse zog. Zum Beispiel antwortete sie auf die Frage des Arztes „Wer bin ich?" „Ein Mann". Löste nur Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins. Die rein gedächtnismäßigen Kenntnisse waren gut. Anfang November wurde sie etwas lebhafter, drängte aus der Klinik. Immer noch nicht völlig orientiert, dabei war die Merkfähigkeit gut. Bei Druck auf die Bulbi ließen sich einige delirante Sinnestäuschungen auslösen.

Am 19. November verweigerte sie abends plötzlich die Nahrung, der Hals sei zu eng, sei zugeschnürt — sie krächzte und würgte. Nachdem sie am 21. November zweimal künstlich gefüttert worden war, erklärte sie am Abend plötzlich, der Hals sei nun wieder ausgeweitet, und aß etwas, um aber nach wenigen Tagen von neuem die Nahrung zu verweigern. Zahlreiche Sensationen. Zunehmende Unruhe; sie tat den andern Kranken alles nach. Bei den Fütterungen heftiges Sträuben und Schreien. Die zeitliche und örtliche Orientierung immer noch mangelhaft, trotzdem die Kranke alle Vorgänge scharf beobachtete und ausgezeichnet merkte. Auf die Frage, was man ihr bei der Fütterung beigebracht habe, antwortete sie z. B. erst „Etwas Flüssiges", dann „Weißes", dann „War süß", endlich „Konnte wohl Milch sein". Sie war in dieser Zeit oft unsauber.

Am 17. Februar nahm sie zum erstenmal wieder einige Tassen Milch nach Zureden zu sich, mußte aber bald wieder gefüttert werden, hatte massenhafte hypochondrische Sensationen und sträubte sich beim Füttern aufs heftigste (spuckte, schlug, trat, warf sich auf den Boden, schlug einmal eine Fensterscheibe ein). In der Zwischenzeit lag sie ruhig und apathisch zu Bett und ließ unter sich gehen.

Am 20. April war sie bei sonst unverändertem psychischen Verhalten gut orientiert, wenngleich ohne Krankheiteinsicht. Als sie einmal

versuchsweise in der Küche beschäftigt wurde, half sie dort zwar fleißig, demolierte aber bei der Rückkehr in das Isolierhaus einen Stuhl.

Vom 12. Mai bis 18. Mai machte sie ein Erysipel der rechten Gesichtshälfte durch, wonach die Nahrungsaufnahme etwas besser wurde. Sie verhielt sich immer noch teilnahmlos, die Stimmung war gedrückt. Am 28. Mai verweigerte die Kranke die Nahrung plötzlich wieder mit der Begründung der früheren hypochondrischen Wahnideen. Ins Isolierhaus zurückgebracht, mußte sie wieder gefüttert werden, worauf sie allmählich wieder von selbst Nahrung zu sich nahm.

Am 25. Juni trat eine erneute Nahrungsverweigerung ein. Sie saß am 27. Juni mit verstörtem Blick im Bett, die Haare aufgelöst, leise vor sich hin murmelnd, war zu keiner genauern Auskunft zu bewegen. In diesen Tagen Menses (zum erstenmal seit der Aufnahme). Nach dem Ablauf der Menstruation aß sie wieder ein wenig, aber nur vorübergehend, so daß sie bald wieder regelmäßig gefüttert werden mußte.

Am 19. Juli ist bemerkt, daß sie viel spuckte, sonst lag sie ruhig da, apathisch und gleichgültig, oder sie kauerte in einem Winkel, antwortete nicht oder erst auf wiederholtes Fragen, wobei sie sich dann über ihr Befinden und den Hergang ihrer Krankheit, die früheren Erlebnisse, die örtlich-zeitliche Orientierung wohl unterrichtet zeigte und die hypochondrische Idee äußerte, der Hals sei zu, die Nase zu eng, das Essen enthielte Eiter.

Am 18. September wurde Patientin von den Angehörigen abgeholt. In der letzten Zeit hatte sie mehrfach von selbst gegessen, ganz zuletzt aber wieder die Nahrung verweigert. Sie war unfähig zu jeder Art von Beschäftigung. Ihre Erinnerung an die Krankheitserlebnisse war dabei eine ganz auffallend genaue.

Am 1. Januar 1907 erhielt ich von dem Vater der Patientin auf meine Anfrage die folgende Nachricht über den weiteren Verlauf und den jetzigen Zustand:

In den ersten Tagen nach der Entlassung verweigerte sie noch die Nahrungsaufnahme, hat dann aber wieder Nahrung zu sich genommen und ist nie wieder in die früheren Wahnvorstellungen verfallen. Seitdem hat sie nie wieder Sinnestäuschungen gehabt. In den ersten Jahren nach ihrer Herstellung hat sie noch einigemal Krampfanfälle infolge von Gemütserregungen, dabei auch Gliederzuckungen gehabt. Sie hat wieder ihre Arbeit verrichtet wie vorher und gleicht in ihrem Wesen ganz ihrem Verhalten vor der Krankheit. Seit 1 ¼ Jahren ist sie verheiratet und ist Mutter eines Kindes. —

Wilhelm F., 22 Jahre, Steinbruchsarbeiter aus Löbejün (J.-Nr. 12282), 21. Februar bis 11. Mai 1905.

V o r g e s c h i c h t e. Der erblich nicht belastete, früher stets gesunde P. erkrankte in den ersten Tagen des Januar 1905 an einer „Erkältung“. In den letzten 8 Tagen soll er lauter merkwürdige Bewegungen

gemacht haben und irre geredet haben, er hatte Angst, fürchtete, totgeschlagen zu werden; er soll nach allem Glänzenden gegriffen haben.

Befund und Verlauf. Der große kräftig gebaute junge Mann bietet an den inneren Organen keinen Befund. Puls voll, weich, manchmal doppelschlägig, leicht unregelmäßig; gesteigerte Hautgefäßerregbarkeit; vermehrte Schweißbildung, Druckempfindlichkeit der Unterbauchgegenden. Hypotonie in allen Muskeln. Der Kopf läßt sich wiederstandlos hin und her schütteln. Beim aufrechtem Stehen schlaffe Haltung, der Oberkörper und Kopf hängen etwas nach vornüber. Bei der passiven Bewegung in den Knien findet die Beugung im Gegensatz zur sonstigen Hypotonie manchmal einen länger dauernden Widerstand durch tonische Kontraktion der Strecker an den Oberschenkeln.

Die passiv erhobenen Arme verharren eine Weile in der ihnen gegebenen Stellung (Pseudoflexibilitas). Einzelne choreatische Spontanbewegungen an den Händen und Beinen (Fingerspreizungen, Streckungen einzelner Finger, Streckungen der Unterschenkel u. ä.). Die Spontanbewegungen steigern sich als Mitbewegungen bei der Ausführung aufgetragener Bewegungen, beim Sprechen, bei intellektueller Leistung. Dann zeigen sich auch Spontanbewegungen in der mimischen Muskulatur, und der Kopf wird hin und her gedreht. Häufiges Würgen und Ausspeien von Schleim. Beim Aufsitzen im Bett zieht Patient sich mit den Händen an der Matratze in die Höhe, der Gang ist leicht taumelnd, bei Augenschluß schwankt er. Statt mit den Beinen einen Kreis in der Luft zu beschreiben, macht er bald rasche Zehenbeugungen und -streckungen, bald Beugungen in den Fußgelenken in verschiedenen Richtungen, dabei Mitbewegungen in den Händen.

Beim Händedruck klappt die Hand um (Ausbleiben der Handstreckung). Die Zunge wird gewaltsam weit herausgestoßen und lange so belassen. Als Patient darauf auf Aufforderung den Mund öffnet, kommt die Zunge mit heraus. Beim Pfeifen werden erst mehrfach rhythmisch die Lippen rüsselartig vorgestülpt. Das Pfeifen gelingt erst auf Vormachen. Die Sprache ist monoton, leise, etwas verwaschen, skandierend, die einzelnen Silben oder Worte werden nach gleichen Zeitintervallen hervorgestoßen. Bei artikulatorisch schwierigen Worten steigern sich die Störungen. Die Schrift ist zittrig und leicht ataktisch. Die Sehnenreflexe sind symmetrisch gesteigert, der Patellarreflex erfolgt häufig in Form einer länger dauernden tonischen Kontraktion des Quadriceps. Die grobe Kraft ist allgemein herabgesetzt. Bewegungen, die er auf Aufforderungen ausgeführt hat, wiederholt er manchmal unaufgefordert mehrmals hintereinander. Keine Sensibilitätsstörungen. Klagen über große Mattigkeit, Schmerzen auf der Stirn und im Leibe, Kratzen im Halse, Aufstoßen. Nach anfänglicher Unklarheit über die Situation ist Patient örtlich und zeitlich orientiert, gibt seine Personalien richtig an.

Er erzählt, daß er gestern phantasiert habe, daß er Angst hatte und fürchtete, totgeschossen zu werden.

Gleich nach der Visite steht Patient auf, geht zur Tür, schaut zum Fenster, horcht, wirft den Kopf rasch hin und her, er hört die Stimme seines Vaters, es wird gerufen: „schießen", „totgeschossen". Dann liegt er wieder wie im Halbschlummer da. Auch nachts war er mehrfach unruhig und schien auf Geräusche zu horchen.

12. Februar: Liegt schlaff da, schlechte Aufmerksamkeit. Herabgesetzte Merkfähigkeit. Sehr wenig choreatische Spontanbewegungen, mehr Mitbewegungen bei der Ausführung aufgetragener Bewegungen. Fortwährend Würgen und Ausspeien von Schleim. Bezeichnet den Arzt als Geheimrat, die Wärter als Doktoren.

23. Februar: Ist lebhafter, kann sich an die Halluzinationen des ersten Tages nicht erinnern, weniger choreatische Bewegungen, ausgesprochene Hypotonie. Die Patellarreflexe sind nicht mehr tonisch verlängert, sondern etwas abgeschwächt.

26. Februar: Liegt, sich selbst überlassen, ruhig da, antwortet langsam, zum Teil mit Andeutung von Echolalie, z. B.:

Wie gehts, Frohmüller? „Wie soll es Frohmüller gehen?"

Wenn er die Augen schließe, werde es ihm ganz wirr im Kopf, „das Theater geht los", er höre allerhand von Totschießen u. ä., er habe aber keine Angst, das seien alles nur Phantasien.

Patellarreflexe heute leicht gesteigert.

27. Februar: Immer noch häufiges Auswürgen von Schleim und Klagen über Würgen im Rachen. Koordinationsstörungen noch sehr deutlich, wenn er stehend z. B. eine 4 mit der Hand in die Luft schreiben soll, gerät er ins Schwanken und muß aufgefangen werden, dabei bringt er nur ein paar unregelmäßige Fingerbewegungen unter Mitbewegungen der linken Hand zustande.

Hypotonie, Sehnenreflexe lebhaft, nicht tonisch, Druckempfindlichkeit der Unterbauchgegenden, vermehrte Schweißbildung, gesteigertes Nachröten.

14. März: P. ist etwas lebhafter, schläft nachts gut, in den letzten Tagen keine Halluzinationen. Als er auf den ruhigen Saal verlegt wird, wird er nachts unruhig, läuft ans Fenster, ruft Hilfe, glaubt, daß er totgeschossen werden soll.

15. März: Auf den unruhigen Saal zurückverlegt, liegt er wieder wie anfangs teilnahmlos da, antwortet langsam, manchmal gar nicht, versagt bei schwierigeren Fragen, rechnet zum Teil falsch, erkennt kompliziertere Abbildungen nicht, bezeichnet z. B. eine Katze als schwarzes Tier, ein Spinngewebe mit einer Fliege darin als ein Tier mit zwei Flügeln und einem Kreis. Er spricht auch nachsprechend verwaschen, macht Mitbewegungen mit den Händen, bewegt die Augen hin und her, von selbst spricht er gar nicht, wie er selbst sagt, weil ihm das Sprechen Mühe macht.

17. März: Morgens Einnässen, dabei starker Schweißausbruch, nachmittags im Schlaf wieder Einnässen und starker Schweißausbruch.

30. März: Häufige kurzdauernde, ängstlich delirante Zustände mit Gehörstäuschungen. Im übrigen liegt er ohne Interesse und Initiative da. Anfallsweise Steigerungen der choreatischen Ataxie. Nachdem er z. B. eines Morgens noch ganz gut hat zum Waschtisch und zum Abort gehen können, greift plötzlich für eine Stunde eine schwere Bewegungsstörung Platz. Er kann nicht aus dem Bett aufstehen, macht statt dessen allerhand ausfahrende Beinbewegungen, überkreuzt die Beine; auf die Füße gestellt und zum Gehen veranlaßt, hebt er bald ein Bein hoch in Hüfte und Kniebeugung, bald stampft er auf, macht ungleichlange Schritte, taumelt, macht Mitbewegungen, z. B. Schüttelbewegungen der rechten Hand. Feinere Bewegungen der Finger, Schreiben u. ä. sind unmöglich. Dabei treten spontan choreatische Bewegungen in solchen Zuständen kaum mehr hervor als sonst. Die Hypotonie ist dann sehr deutlich, zeitweise Pseudoflexibilitas, die Patellarreflexe manchmal leicht tonisch verlängert. Aufgetragene Bewegungen wiederholt er manchmal ohne Aufforderung mehrmals hintereinander, z. B. das Schreiben einer 4 in die Luft.

10. April: Geringe Besserung, ist psychisch freier, keine Anfälle schwererer Koordinationsstörungen mehr.

10. Mai: Noch immer deutliche Hypotonie, Pseudoflexibilitas seltener, Sehnenreflexe lebhaft, Unfähigkeit zu feineren Fingerbewegungen, die Schrift ist zittrig-langsam, Buchstabe für Buchstabe wird in Absätzen hintereinander gesetzt, die Sprache ist abgehackt, leise, monoton und etwas verwaschen, er kann nicht pfeifen, andere mimische Bewegungen sind ebenfalls noch erschwert. Der Gang ist etwas stapfend, der Kopf fällt schlaff hin und her. Er schwankt bei Augenschluß und sobald er stehend mit den Armen irgendwelche Bewegungen ausführen soll.

Bei der Ausführung von Bewegungen verschiedenartige Mitbewegungen, Augenschließen, Kopfschütteln, asymmetrische Fazialiskontraktionen, Beugungen und Streckungen der Finger und Zehen. Die Mitbewegungen sind nur wenig intensiv. Spontan treten choreatische Bewegungen nicht auf.

Patient wird gebessert nach Uchtspringe übergeführt.

Dem uns liebenswürdig zur Verfügung gestellten Krankenblatte der Anstalt Uchtspringe zufolge lag F. auch dort anfangs ruhig da, antwortete manchmal nicht. Des Nachts schien er Stimmen zu hören, ging dann schleichend im Saal herum, sagte „Ich höre etwas, es würde ihm aus dem Wachsaal etwas zugerufen“. Er erzählte, daß er sich in der Klinik beim Einschlafen oft in ein anderes Land, zu andern Nationen versetzt gefühlt hätte, er hätte Bäume gesehen, von denen Neger auf ihn herunterschossen. In einer Nacht träumte er, es sei ein Bandwurm in seinem Unterarm, der Arm platzte auf, Patient rief seine Mutter und zog den Wurm ein Stück nach dem andern heraus. Am 30. Mai saß er starr vor sich hin-

sehend bis nachts 1 Uhr aufrecht im Bett und war recht abweisend. Seinem Bruder saß er bei dessen Besuch eine Weile regungslos gegenüber und sagte dann plötzlich „guten Tag". Er war im ganzen teilnahmlos und schlief viel. Vom 21. Juni ab war er außer Bett und arbeitete später fleißig. Psychische Störungen wurden nicht mehr bemerkt. Am 2. Oktober wurde er gegen Rat entlassen. Der Vater des F. antwortete auf eine Anfrage über den jetzigen Zustand seines Sohnes am 19. Dezember 1906: F. befinde sich im elterlichen Hause, arbeite teilweise nach seinem Belieben, sitze aber oftmals ganz teilnahmlos da, sobald aber eine Anrede erfolge, sei er sofort bei der Sache, „Sinnestäuschungen kommen nur vereinzelt vor, jedoch Gliederzuckungen öfters. Sonst ist sein Wesen vollständig harmlos".

Die motorischen Symptome dieser beiden Kranken stimmen mit denen der ersten Fälle weitgehend überein. Das erste Stadium der lebhafteren choreatischen Unruhe ist auch hier von einzelnen hyperkinetischen Symptomen durchsetzt. Der zweite Kranke, der nur vor der Aufnahme in die Klinik stärkere choreatische Bewegungen machte, soll in dieser Zeit „nach allem Glänzenden gegriffen haben"; möglicherweise handelt es sich dabei um die bei hyperkinetischen Psychosen so häufigen hypermetamorphotischen Greifbewegungen. Die erste Kranke weinte oft ohne ersichtlichen Grund, brüllte plötzlich, hatte vor der Aufnahme einen schweren Erregungszustand, in dem sie aus dem Bett sprang, herumlief, hinkniete, sich entkleidete. Noch später hatte sie Rededrang, stieß inkohärente Sätze aus. Die hyperkinetischen Erscheinungen wiederholten sich bei dieser Kranken im weiteren Krankheitsverlaufe noch zweimal, zuerst nach 2 Monaten; gleichzeitig mit dem Auftreten hypochondrischer Sensationen: sie wurde unruhig, ahmte die Bewegungen anderer Kranken nach (Echopraxie); dann 7 Monate später, als zum ersten Male die Menstruation wieder eintrat: sie löste sich das Haar auf, murmelte vor sich hin.

Der psychomotorische Charakter des Rededranges dieser Kranken wird durch die Inkohärenz seines Inhaltes wahrscheinlich gemacht. Daß die Bewegungserscheinungen mindestens zum Teil psychomotorische gewesen sind, beweist das Vorkommen von Echopraxie, das Unvermittelte der intensiven Ausdrucksbewegungen. Auch dann, wenn eine Entscheidung nicht mit Sicherheit getroffen werden kann, spricht der anscheinend regellose, durch keine komplizierteren Gedankengänge geleitete Wechsel der Bewegungen dafür, daß psycho-

motorische Hyperkinesen wahrscheinlich vorhanden waren. Besonders schwer ist der Bewegungsdrang zu beurteilen, wenn, wie bei der Kranken H., gleichzeitig vielfache ängstliche Halluzinationen vorhanden waren. Nach den Erfahrungen zahlreicher derartiger Fälle glaube ich aber mit *Wernicke* annehmen zu müssen, daß die Bewegungserscheinungen nur zum Teil durch die Halluzinationen bedingt sind, und daß Bewegungsdrang und Halluzinationen viel häufiger voneinander unabhängige koordinierte Symptome sind, als dies von anderen Autoren angegeben wird, und als es in den früheren Krankengeschichten zum Ausdruck kommt. Für unsere Zwecke ist auch die eingehende Analyse jeder einzelnen Bewegungserscheinung nicht nötig; es genügt festzustellen, daß überhaupt psychomotorische Hyperkinesen bei Choreapsychosen vorkommen. In dieser Hinsicht ist ein gleich mitzuteilender Fall (J.-Nr. 3552) noch beweisender als die beiden Kranken H. und F.

Mit dem Nachlassen der choreatischen Unruhe leitete sich auch hier ein akinetisches Stadium ein, das im ersten Falle die nur 3 Wochen anhaltenden choreatischen Bewegungen um Monate überdauerte. Die Kranken waren mehr oder weniger regungslos, ließen oft unter sich gehen, sprachen nicht oder höchstens ein paar Worte. Die Kranke H. kauerte in den Ecken. Muskelspannungen sind bei dieser Kranken, Verharren in passiv gegebenen Stellungen bei dem Patienten F. beobachtet worden. Der letztere zeigte noch weitere motorische Symptome: er perseverierte mit einer einmal ausgeführten Bewegung, teils ohne irgendeine weitere Aufforderung zu Bewegungen, teils bei Aufträgen zu anderen Bewegungen (klonische und intentionelle Perseveration, nach *Liepmann*). Außerdem hatte er Andeutungen von Echolalie. Die Ablehnung von außen kommender Bewegungsanregungen zeigte sich bei der ersten Kranken außer in dem Widerstreben gegen passive Lageveränderungen (Muskelspannungen) auch in der Nahrungsverweigerung und dem ganz kolossalen Widerstreben beim Füttern; allerdings ist hier der Negativismus mit hypochondrischen Sensationen und Wahnideen verknüpft. Die Akinese wurde im ersten Falle ebenfalls wie bei einigen der früheren Kranken von impulsiven Akten durchbrochen: die Patientin schlug einmal eine Fensterscheibe ein, ein andermal zertrümmerte sie, als sie schon erheblich regsamer geworden war, ohne ersichtlichen Grund einen Stuhl.

Beide Kranke sind neben den motorischen Symptomen durch folgende Besonderheiten ausgezeichnet: beide waren örtlich-zeitlich desorientiert, verkannten Personen; der Kranke F. konnte kompliziertere Abbildungen nicht erkennen, sie versagten, überhaupt bei komplizierteren assoziativen Leistungen (z. B. Rechnen), daneben hatten sie zeitweise traumhafte Halluzinationen. Diese Erscheinungen folgten im ersten Falle bis zu einem gewissen Grade der allgemeinen Krankheitskurve, indem sie den Ausbruch und die Steigerung der choreatischen Bewegungen in besonders auffälliger Weise begleiteten; im weiteren Verlauf aber zeigten sie sich, ebenso wie von vornherein im zweiten Falle, als unabhängig von den anderen Krankheitserscheinungen, so daß sie nicht als einfache Begleitdelirien aufgefaßt werden können.

Bei dem Kranken F. traten die traumhaften Sinnestäuschungen in ganz charakteristischer Weise, besonders des Nachts, oder wenn Patient die Augen schloß, auf; dann phantasierte er, wie er selbst sagte, dann „ging das Theater los“; er sah sich in fremde Gegenden versetzt, hörte rufen, schießen u. ä. In der Zwischenzeit war er leidlich in der Außenwelt orientiert, aber die typischen Assoziationsstörungen der Deliranten bestanden fort (Verkennungen von Abbildungen, Versagen bei komplizierteren Fragen, Ablenkbarkeit, Erinnerungsausfälle, schlechte Merkfähigkeit). Neben den Situationstäuschungen litt er wieder wie so viele andere Choreatiker an hypochondrischen Sensationen, die hier im Halse gefühlt wurden, und auf denen das im Anfang so häufige Würgen beruhte.

Die erste Kranke war dagegen mehr ständig desorientiert, die Desorientierung schwand aber früher. Die hypochondrischen Sensationen, die anfangs als verbreitete krankhafte Organempfindungen aufgetreten waren, beschränkten sich schließlich, auch die Desorientierung lange überdauernd, auf zirkumskripte Sensationen im Halse mit entsprechenden Wahnvorstellungen, welche die Nahrungsverweigerung mit begründeten.

Die Unterschiede zwischen den beiden Fällen bestehen im wesentlichen in folgendem: Die Kranke H. hatte eine auffallend gute Merkfähigkeit, sie erinnerte sich mit einer frappanten Deutlichkeit zahlreicher Einzelheiten aus ihrer Krankheit, sie beobachtete ihre Umgebung mit großer Schärfe, auch ihre rein gedächtnismäßigen Kennt-

nisse waren gut. Wenn man aber eine kombinierende, einige Anstrengung erfordernde Gedankenarbeit von ihr verlangte, so antwortete sie in der durch die beiden Beispiele gekennzeichneten Weise:

Wer bin ich? (Arzt) . . ein Mann.

Auf die Frage nach dem Inhalt einer Fütterung: „Etwas Flüssiges“, dann „etwas Weißes“, endlich „konnte wohl Milch sein“.

Oft antwortete sie überhaupt nicht oder nur mit einem abrupten Wort. Man gewinnt den Eindruck, als ob sich die Kranke ganz entsprechend ihrem sonstigen akinetischen und ablehnenden Verhalten auch gegenüber aktiver Denkarbeit indifferent und ablehnend verhalten hätte, daß sie träge im Denken gewesen sei, ihr Denken ergebnislos geblieben wäre, ohne daß die Möglichkeit zur Bildung der entsprechenden Vorstellungsverknüpfungen an sich aufgehoben gewesen wäre, ohne daß die anatomischen Substrate dieser dem Erkennen von Personen und Gegenständen dienenden Begriffe geschädigt gewesen wären. Dies ganz im Gegensatz zu dem Kranken F., der nicht ablehnend war, sich offenbar anstrengte, das Verlangte zu leisten, der aber leicht ermüdete und zeitweise somnolent war, dessen Merkfähigkeit gestört war, der Erinnerungsausfälle hatte, bei dem man die anatomischen Substrate, welche dem Erkennen komplizierterer Abbildungen, der Außenwelt und anderer dienen, tatsächlich als geschädigt ansehen muß.

Die beiden Fälle offenbaren auf diese Weise zwei gegensätzliche Denkstörungen, die sich auch bei Psychosen anderer Ätiologie finden: die Denkträgheit, eine den psychomotorisch-akinetischen Symptomen nahe stehende intrapsychische Funktionsstörung, die man besonders bei hebephrenischen Psychosen findet, und die Assoziationslösung im allopsychischen Bewußtseinsgebiet, die in nahen Beziehungen zu den aphasischen, asymbolischen und apraktischen Störungen (genauer den ideatorisch-agnostischen und ideatorisch-apraktischen) steht und für die Delirien verschiedenster Ätiologie (alkoholistische, presbyophrenische) charakteristisch ist. Beide Fälle enthalten diese beiden Symptomreihen gemischt, aber so, daß im Falle F. die assoziativen Störungen, im Falle H. die Denklähmung überwiegt. In beiden Fällen überdauern die letzteren die ersteren Erscheinungen.

Auf die schwierige Frage, wie sich Akinese und Mutazismus zu den in der Trägheit des Denkens zutage tretenden Störungen der höheren geistigen Funktionen verhalten, wie weit der Bewegungsausfall dem Ausfall an Gedankentätigkeit folgt, wie weit er davon unabhängig ist, können wir mit Hilfe dieser Fälle, die daraufhin nicht genügend untersucht sind, nicht näher eingehen. In den oben zuerst referierten drei Fällen mit akinetischen Nachstadien sind Erscheinungen von Denklähmung nicht besonders bemerkt. Das stimmt damit überein, daß diese Symptome durchaus nicht immer die Akinese begleiten. Ich darf hinsichtlich dieser Fragen auf eine bald erscheinende Arbeit verweisen.

Daß die bei den Delirien verschiedenster Ätiologie nachweisbare charakteristische Assoziationsstörung an sich ein akinetisches Verhalten nicht bedingt, beweisen zahlreiche Deliranten, Presbyophrene und ähnliche Kranke, die häufig sogar einen Bewegungsdrang entwickeln.

Wenn in deliranten Zuständen akinetische Symptome hinzutreten, muß man an ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses auf die psychomotorischen Hirngebiete selbst denken. —

Die noch übrigen 9 Fälle zeichnen das bis dahin entworfene Bild der Choreapsychosen noch an verschiedenen Stellen aus, ohne den bisher beschriebenen Symptomen und Symptomengruppierungen neue Züge hinzuzufügen. Die 6 nächsten Kranken zeigen ebenfalls einen zweiphasigen Krankheitsverlauf. Dem ersten, dem choreatischen Stadium, sind besonders im Falle J.-Nr. 3152 unzweifelhafte psychomotorische Hyperkinesen beigemischt (theatralische Gesten, Posen, Expressivbewegungen, hypermetamorphotische Greif- und Nestelbewegungen, inkohärenter Rededrang, Verbigerationen, monotones Singen). Dieselben treten sogar dermaßen in den Vordergrund, daß man zweifeln kann, ob man bei der diagnostischen Rubrizierung des Falles den Nachdruck mehr auf die psychomotorischen oder auf die choreatischen Symptome legen soll, und ob man nicht eher von einer zyklischen Motilitätspsychose mit choreatischen Beimengungen als von einer Chorea mit psychomotorischer Psychose sprechen soll. Die zweite Kranke (J.-Nr. 7597) hatte ebenfalls im choreatischen Stadium wahrscheinlich Symptome eines psychomotorischen Bewegungs- und Rededranges. Die Krankengeschichte vermerkt eine völlige Inkohärenz

der motorischen und sprachlichen Leistungen und Verbigeration, und beschreibt eine „eigentümliche Mischung von choreatischen Zuckungen mit psychisch bedingter motorischer Agitation". Nach der ganzen Schilderung des Krankheitsbildes kann man nicht annehmen, daß kompliziertere, intrapsychische Gedankengänge die Bewegungen der Kranken geleitet hätten; ich halte es deshalb für wahrscheinlich, daß die sogenannte psychisch bedingte Agitation sich aus den den Willkürbewegungen so ähnlichen und doch von jeder eigentlichen Überlegung unabhängigen Bewegungen bestanden hat, die *Wernicke* als Pseudospontanbewegungen bezeichnet.

Die übrigen 4 Kranken verhielten sich im nachchoreatischen Stadium ebenfalls akinetisch; bei einem derselben (J.-Nr. 5930) sind Muskelspannungen ausdrücklich bemerkt.

Alle 6 Fälle sind auch durch assoziative Ausfallserscheinungen, besonders auf dem Gebiete der örtlich-zeitlichen Orientierung, und durch Sinnestäuschungen, oft vom Charakter der Situationstäuschungen, kompliziert.

Klara O., 22 Jahre, Glasermeisterstochter, 8. Januar bis 21. August 1894 (J.-Nr. 3152) [1])

V o r g e s c h i c h t e : Keine erbliche Belastung, früher gesund. Im vorigen Jahre Tod des Bräutigams, seitdem still, grämte sich sehr. Menstruation regelmäßig. Vor zirka einem Monat schwerer akuter Gelenkrheumatismus mit Perikarditis. 5 Tage nach Beginn derselben Intercostal-Lumbalneuralgien, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und Nackensteifigkeit. Allmähliche Besserung. Am 30. Dezember 1903 traten nach Bericht des Hausarztes Erscheinungen von Chorea und am 31. Dezember solche von Geistesstörung auf: Patientin tobte, schlug um sich, sprang aus dem Bett, schrie, sang, trällerte Lieder, machte theatralische Gesten und Posen. Dabei halluzinierte sie, sah Ratten umherspringen, sah Feuer, hatte Geruchshalluzinationen und schwere Angst. Der Zustand wechselte, zeitweise war sie ruhiger, dann wieder freudig erregt, bald teilnahmlos oder deprimiert, bald jäh erregt in der beschriebenen Weise.

K r a n k h e i t s v e r l a u f : Das kleine, grazile Mädchen, von reduziertem Ernährungszustande, liegt mit weit geöffneten Augen und stierem Gesichtsausdruck da. Plötzlich greift sie nach den Personen ihrer Umgebung oder in ihr Bettzeug, reißt dasselbe durcheinander. Sie vermag nicht still zu liegen, bewegt besonders die oberen Extremitäten fortwährend in wechselnder Weise; meist pro- und supiniert sie nur die Hände oder

[1]) *Wollenbergs* Beobachtung 8.

macht Wringbewegungen mit denselben. Sie nestelt oft in ganz zweckloser Weise an ihren Kleidern oder spielt mit ihrem Zopf, ist unrein mit Kot, schmiert denselben überall herum. An den unteren Extremitäten nur einzelne Bewegungen der Fuß- und Zehenmuskeln. Die Gesichts-, Hals-, Schulter- und Nackenmuskulatur ist in wechselnder Weise beteiligt. Häufige krampfhafte Lachverzerrungen des Gesichts mit stärkerer Beteiligung der linken Seite. Patientin spricht nur einzelne abgerissene Worte oder Silben, die sie oft mit entsprechenden Ausdrucksbewegungen, z. B. einem verächtlichen Achselzucken (bei „pfui") und drohender Hebung des Arms (bei „Du, Du!") begleitet. Spitzenstoß verbreitert, erster Ton an der Herzspitze etwas blasend (?).

9. Januar: Nicht zu fixieren. Unartikulierte Laute oder inkohärenter Rededrang, zum Teil singend nach einer monotonen Melodie, durchsetzt von ganz sinnlosen Silben. Später lautes Schreien unverständlicher Worte. „Es scheinen auch Halluzinationen reichlich vorhanden zu sein".

10. Januar: Seit gestern abend ruhig.

15. Januar: In den letzten Tagen nur vorübergehend laut und motorisch erregt. Auf Fragen antwortet sie nicht, reagiert auch meist auf Anrufen mit Namen nicht.

19. Januar: Nach mehrtägigem gleichen Zustande schreit sie in der Nacht laut und wirft sich umher. Am Morgen will sie der Oberwärterin die Hand nicht geben, weil sie noch nicht gewaschen sei. Bei der Visite einsilbig, erstaunt, weint dann.

20. Januar: Geht zum erstenmal selbst zum Nachtstuhl, will am folgenden Tage einen Brief schreiben. Antwortet auf Fragen nicht, spricht nicht spontan. Grimassen, als ob sie lachen wollte. Die Bewegungen im Gesicht machen den Eindruck von choreatischen (die Stirn wird in die Höhe gezogen und der Mund verzerrt).

24. Januar: Wieder sehr err gt, läuft umher, wühlt in den Decken, will alles zerreißen. Die Bewegungen sind zum Teil willkürlich, sie greift plötzlich nach irgend etwas, verdreht den Kopf und Oberkörper, anderemal mehr unwillkürlich, choreaartig, aber sehr wenig umfangreich. Spricht nicht, ist wieder unsauber.

28. Januar: Sie starrt d n Arzt unverwandt an, entblößt sich, kauert sich zusammen, macht bald ein zorniges, bald ein gleichgültiges Gesicht. Schmiert und zerreißt, schneidet Grimassen, schreit laut.

3. Februar: Ruhiger. Springt dann plötzlich auf und wirft ein Wasserglas durchs Fenster. Äußert, sie wolle nicht für alle Menschen leiden, wolle nicht in der Giftecke liegen. Beißt und spuckt, reißt andern an den Kleidern. Gibt keine Antworten.

22. Februar: Bis dahin ruhiger, keine Antworten. Oft plötzliches Aufspringen, ruft plötzlich: „Mir nach! spricht Christus, unser Held", rennt mit einemmale in eine Ecke des Zimmers, um dort stehen zu bleiben, wirft eine Scheibe ein, schneidet Grimassen.

3. März: Ziemlich ruhig, verunreinigt sich seltener, ab und zu Ausbrüche (Aufspringen, Schlagen, Zerreißen), sie ahmt eine andere um sich schlagende Kranke nach. Gesichtsverzerrungen bald der Freude, bald des Zornes. Keine Antworten.

17. März: Unverändert. Fürchtet, vergiftet zu werden. Besieht ihre Hand erst, ehe sie dieselbe Jemandem reicht. Schnürt sich einmal plötzlich eine Serviette um den Hals. Auf Fragen lautlose Lippenbewegungen.

25. März: Ruhiger. Außer Bett, sie steht dann immer in der Nähe der Tür. Bewegungen meist plötzlich, ruckweise. Steht an einem Fleck herum, spricht fast gar nicht. Glaubt, ihre Mutter sei tot.

14. April: Immer noch sehr gehemmt, stumm. Einmal sehr aufgeregt, die Wärterin habe ihre Mutter getötet, sie sei ein verkleideter Mann. Will plötzlich nackt ausgezogen nach Hause gehen.

27. April: Zum Schreiben aufgefordert, schreibt sie nur: „Liebe Eltern, mich sofort holen". Steht umher, sehr gehemmt, zeitweise unsauber. Äußert, sie m ü s s e das tun. Verlangt einmal, man solle sie totschießen.

16. Mai: Verlangt nach Hause, spricht immer noch nicht viel. Örtlich und zeitlich desorientiert. Allerhand Angstvorstellungen, vor Vergiftung, geschlechtlicher Ansteckung; sie sei hier unter Jüdinnen; sei keine Jüdin oder Christin.

31. Mai: Ohne Initiative, mühsame, langsame Antworten, leerer Gesichtsausdruck. Angstvorstellungen, sie sei keine Verbrecherin, sie möchte sich in die Ecke verkriechen. Am 2. Juni als Stupor vorgestellt.

25. Juni: Etwas lebhafter, beschäftigt sich ein wenig, hat einen leidlich verständigen Brief geschrieben.

20. Juli: Seit Anfang des Monats auf der Villa. Hilft fleißig bei der Hausarbeit, auch psychisch freier. Über ihre Krankheit kann sie sich nicht aussprechen. Zeitweise mürrisch, steht untätig an einem Fleck, verlangt einsichtslos ihre Entlassung.

21. August: In letzter Zeit mehr und mehr gebessert, ist lebhaft, umgänglich, fleißig. Erinnert sich, daß sie Veitstanz und Genickstarre gehabt habe und daß sie im Kopf krank gewesen sei. Sonst anscheinend weitgehende Erinnerungsausfälle. Stimmen will sie nicht gehört haben. Man habe sie nur so angesehen, sie habe sich gefürchtet und sich verachtet geglaubt. Fast geheilt entlassen. —

Die 21jährige Buchhaltersfrau Hedwig G. (J.-Nr. 7597) war seit zirka 14 Tagen erkrankt mit choreatischen Bewegungen im ganzen Körper. Körperlich fanden sich vorübergehend nicht unerhebliche Eiweißmengen im Urin und Temperatursteigerungen bis 38,7 ° während einer Steigerung der choreatischen Unruhe. Abgesehen von dieser in der dritten Woche der klinischen Behandlung sich einstellenden Verschlimmerung, waren die choreatischen Bewegungen nur mäßig stark. 8 Tage nach dem Beginn der Erkrankung wurde die Kranke ängstlich, jammerte viel, schrie öfter laut und sprach zusammenhanglos. Bei der Aufnahme zeigte sie einen

ängstlich-ratlosen Gesichtsausdruck, saß zumeist,unruhig um sich blickend, im Bett, rang die Hände; sie stieß fast nur einzelne Worte oder Satzbruchstücke heraus. Sobald der Arzt ins Zimmer trat, rief sie ängstlich: „Herr Doktor, Herr Doktor", bemühte sich offenbar, etwas zu sagen, blieb aber an den ersten Worten hängen und jammerte: „Ach Gott, was wollt ich nur sagen", „Ach, wissen sie denn nicht?" Sie war reizbar-weinerlich mit unvermitteltem Wechsel von Lachen und tränenlosem Jammern. Auf Fragen antwortete sie „ja", „was?", setzte zum Antworten an, brachte aber nie mehr als ein paar Worte heraus, um dann — offenbar im peinlichen Affekt über ihre Unfähigkeit, sich zusammenhängend zu äußern — zu weinen und zu jammern. Einmal saß sie mit ängstlich-gespanntem Gesichtsausdruck da und rief fortwährend eine Stunde lang in schrillem Ton „Adolf". In der dritten Woche stieg, wie erwähnt, die choreatische Unruhe an, dabei vermerkt die Krankengeschichte: „Eigentümliche Mischung von choreatischen Zuckungen und psychisch bedingter motorischer Agitation. Gesichtsmuskeln in dauernder grimassierender Bewegung, Gesichtsausdruck der schweren Angst und Ratlosigkeit. Sprachliche Produktionen auf stoßweise jammernde Laute und einzelne Worte beschränkt, aus denen zu ersehen ist daß sie sich vergiftet glaubt." In den folgenden Tagen wechselten schwere Stürme von motorischer Unruhe mit Zuständen einer schlaffen Prostration mit relativ wenigen choreatischen Zuckungen. Patientin wurde chloroformiert, bekam Chloral, Amylenhydrat und Hyoszin. Dieser Zustand dauerte zirka 14 Tage. Danach waren die choreatischen Bewegungen nur mehr minimal. Die Kranke war dabei äußerst labiler Stimmung und lag den größten Teil des Tages „halb stuporös" da, ohne zu sprechen oder auf Anreden zu reagieren. Nach etwa einer Woche hatte sie noch einmal einen vorübergehenden Schub von inkohärenten Reden. Auf Fragen antwortete sie nun, aber unregelmäßig und langsam, während sie ihrer Mutter beim Besuch ausführlich und zusammenhängend Auskunft gab. In diesem Zustand wurde sie nach bis dahin zweimonatiger Dauer der Krankheit gebessert entlassen.

Über ihre weiteren Schicksale konnte ich keine Auskunft erhalten. —

Frieda K., 15½ Jahre, Dienstmädchen (J.-Nr. 5930), 27. März bis 30. November 1898.

Patientin, ein uneheliches Kind, erkrankte vor 14 Tagen an Gelenkrheumatismus. 8 Tage später begann die Chorea, die rasch eine sehr beträchtliche Höhe erreichte.

Bei der Aufnahme Fieber von 40,2, über der Herzspitze ein systolisches Geräusch. Während der schweren choreatischen Anfälle lautes Schreien. Nachdem anfänglich keine psychischen Störungen vorhanden gewesen waren, halluzinierte Patientin während heftiger choreatischer Bewegungen am 30. März: sie hörte Stimmen, Pfeifen, glaubte Gift im Essen, die Hände brannten ihr. Ein ähnlicher Zustand am 2. März. Vom 3. April ab nahmen die choreatischen Bewegungen rasch ab, die Tempe-

ratur fiel am 6. April zur Norm. Patientin war übellaunig, weinte leicht, war sehr apathisch, klagte über Schmerzen im ganzen Körper. Die zeitliche Orientierung war sehr mangelhaft, Patientin schien auch Personen zu verkennen.

Am 10. April: wieder lebhaftere choreatische Bewegungen, sie schrie laut und lachte auch zeitweise.

Am 15. April war Patientin wieder ruhiger, Temperatursteigerungen bis 37,6 infolge eines taubeneigroßen Abszesses an der rechten Hüfte. Eröffnung desselben.

Am 20. April wieder heftige choreatische Bewegungen und unartikuliertes Schreien. Am 24. April halluzinierte sie wieder bei ganz geringem Fieber (37,8): sie sah eine alte Frau h nter sich stehen, sah den Teufel, war ängstlich, äußerte Angstvorstellungen, sie müsse aus dem Raum, das Bett würde ihr genommen.

25. April: Patientin antwortet meist nur mit Nicken und Kopfschütteln. Bei längerem Fragen verzieht sie das Gesicht eigensinnig, ärgerlich, beginnt zu klagen. Tagüber ist sie ruhiger, nachts noch sehr unruhig.

27. April: Deliriert häufig, verkennt die Personen als alte Bekannte, sobald man sich mit ihr beschäftigt, wird sie ängstlich oder zornig, kreischt oder bittet, sie in Ruhe zu lassen. Sie ist örtlich nicht deutlich orientiert.

2. Mai: Sie liegt mit sehr stark angezogenen Gliedern auf der rechten Körperseite oder ganz zusammengezogen fast quer im Bett. Bei Fragen zuckt sie nur mit den Achseln, sieht über die Achseln nach hinten, immer noch desorientiert, zeitweise ängstlich, traumhafte Halluzinationen (sah z. B. eine böse Frau).

5. Mai: Ruhig und schlaftrunken. Ausgesprochene Hypotonie. Nachts oft ängstlich, angstvolle delirante Halluzinationen: hört schießen, knallen. Tags ruhig, ißt viel, ist zuweilen vergnügt. Örtlich-zeitlich noch nicht ganz orientiert.

15. Mai: Sehr lustig, blickt freier, sagt spontan bei der Untersuchung „danke schön", immer noch nicht ganz orientiert. Noch zuweilen Angst, sie wolle nicht sterben, versteckt den Kopf, spricht von Hexen, äußert Appetit auf Heringe und Schokolade, sagt, sie wolle nicht immer Frieda, sondern auch einmal Fritz heißen, Koch habe sie jetzt lange genug geheißen. Manchmal ist sie gallig, entzieht dem Arzt die Hand, trotzt. Choreatische Bewegungen sehr gering. Hypotonie noch sehr deutlich.

4. Juni: Bei immer noch nicht vollkommener Orientierung, gelegentlichen Personenverkennungen und gelegentlichen bald optischen, bald akustischen Halluzinationen wird sie immer teilnahmloser, zeigt gar keinen Trieb, sich zu beschäftigen. Der Gesichtsausdruck ist apathisch. Beim Besuch des Stiefvaters ist sie ebenso stumpf und indolent, spricht kaum, bleibt dann, den mitgebrachten Kuchen in der Hand haltend, eine ganze Weile unbeweglich auf dem Korridor stehen, um den Kuchen darauf in wenigen Minuten völlig aufzuessen.

20. Juni: Sitzt immer noch gleichgültig herum, kreischt manchmal auf, ist zu keiner Arbeit zu brauchen, verkennt die Ärzte wieder in der früheren Weise, hat ängstliche Beziehungsideen, sie werde von den andern verspottet, verlacht, angesehen,

18. Juni: Erste Menses. Von da ab rasche Besserung. Sie ist bald orientiert, wird in Bewegungen und Antworten lebhaft, zeigt eine leicht gehobene Stimmung, keine choreatischen Bewegungen. 30. November geheilt entlassen.

Nach einer Mitteilung des Stiefvaters der Patientin vom 13. Januar 1907 ist Patientin seitdem nicht wieder krank gewesen. Ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten seien ebenso normal, wie die jedes gesunden Menschen; nur sei ein Herzfehler zurückgeblieben. Sie ist nicht verheiratet, hat nicht geboren, befindet sich in Leipzig in Stellung. —

Die 18jährige Berta R. (J.-Nr. 6733), die nach ihrer eigenen Angabe schon längere Zeit krank war, hatte nur geringe choreatische Bewegungen im rechten Arm und Bein und eine leichte rechtsseitige Fazialisparese. Körperlich fiel die geringe Entwicklung des Hinterkopfes auf. Kein Fieber. Nachdem sie am ersten Tage in einer anscheinend deliranten Unruhe aus dem Bett geklettert war und durchs Fenster zu entweichen gesucht hatte, lag oder saß sie teilnahmlos im Bett, sah mit leerem Gesichtsausdruck vor sich hin, spielte mit den Fingern, antwortete gar nicht oder verlangsamt und leise, aß wenig. Ihre Antworten, soweit sie solche gab, waren inhaltlich bisweilen nicht ganz genügend, die Orientierung nicht vollkommen. Gegenüber Explorationen verhielt sie sich meist völlig ablehnend, abstinierte einige Tage, saß regungslos da. Nach einmonatigem Aufenthalt in der Klinik in die Anstalt Nietleben übergeführt, verhielt sie sich dort zirka 2 Monate lang fast ebenso, schwierigere Rechenaufgaben, einfache Fragen aus der Geographie und Geschichte beantwortete sie nicht, brach im Antworten mitten in einer Vorstellungsreihe ab, sprang auf eine andere über, kam schließlich ins Weinen. Mit leerem Gesichtsausdruck starrte sie vor sich hin, war ohne jede Initiative. Über die Dauer ihres Klinikaufenthalts war sie nicht orientiert, konnte das Jahr ihrer Geburt nicht angeben. Einzelne Angstvorstellungen: sie könne nicht wieder gesund werden. In den letzten 1 ½ Monaten wurde sie etwas regsamer, beschäftigte sich etwas. Schulkenntnisse und Auffassungsvermögen blieben gering. Für die Vorgänge vor und während ihres Aufenthaltes in der Klinik schien sie keine Erinnerung zu haben,

Auch über diese Kranke konnte ich keine weitere Auskunft erhalten.

Kurt S. (J.-Nr. 10278), 19 Jahre, Schlossergeselle, war ein schlechter Schüler, hat in der letzten Zeit viel in der Nässe gearbeitet und hat danach über Schmerzen in beiden Füßen geklagt. Er erkrankte 14 Tage vor der Aufnahme mit „eigentümlichen Bewegungen“ der Finger. Nach 8 Tagen traten Anfälle auf, in denen er sich hin und her warf, schrie und Zuckungen am ganzen Körper hatte. Zuletzt konnte er nicht mehr sprechen und essen.

Die Herztöne an der Spitze waren unrein, der erste und zweite Pulmonalton klappend. Später trat ein lautes blasendes Geräusch an der Herzspitze auf und zirka 3 Wochen nach der Aufnahme Schmerzen in in den Fuß-, Knie- und Kiefergelenken sowie eine Rötung und Schwellung der Ohrmuscheln und der Gegend über den Kiefergelenken, endlich eine fieberhafte Bronchitis. Patient starb nach einmonatiger Dauer der Krankheit. Die Sektion ergab eine verrucöse Endokarditis der Mitralis, Bronchitis und Bronchopneumonie. Die Chorea war nur zeitweise und nur in den ersten Tagen heftig. Patient lag sonst ruhig im Bett, hatte wenig lebhafte Gesichtszüge, antwortete etwas gehemmt, war indifferenter Stimmung, machte im ganzen einen leicht stuporösen Eindruck. Er war zeitlich-örtlich nicht orientiert, wußte nicht, wie lange er hier war, erkannte die Ärzte nicht wieder, wußte nicht, wer ihn hergebracht hatte. Er hatte zeitweise Angst, hörte Stimmen beschimpfenden Inhalts. Dabei immer schwer zugänglich und schwer antwortend, oder ganz unzugänglich, völlig stuporös und unsauber. Nachts vorübergehend in deliranter Unruhe. Mit dem Auftreten der Gelenkaffektionen war er zunächst etwas freier, zugänglich, örtlich orientiert, erkannte die Ärzte und Wärter, am letzten Tage benommen. —

Die 19jährige Emma W. (J.-Nr. 6906) hatte vor 6 Wochen einen Gelenkrheumatismus durchgemacht, an welchen sich vor 3 Wochen eine mittelschwere Chorea anschloß. Gleichzeitig „phantasierte“ sie nachts. Am Herzen fand sich ein systolisches Geräusch, im Urin anfangs Eiweiß; anfangs leichtes Fieber. Psychisch war Patientin weinerlich, ängstlich, mißdeutete die Untersuchung in ängstlichem Sinn, im übrigen bald klar und orientiert, bald manchmal ganz plötzlich „völlig verwirrt, delirant redend“. Dabei klagte sie über hypochondrische Sensationen anscheinend im Verein mit traumhaften Sinnestäuschungen (sie würde von einem Husaren in den Hintern gestochen). Dabei erschien sie müde, leistungsunfähig, von schlaffer Apathie und blieb in diesem Zustand bis zu ihrer Entlassung (1¾ Monate nach der Aufnahme). Sie lag regungslos ohne Interesse, fast stuporös da, sprach nicht, auch nicht auf Fragen, war abweisend gegen die Ärzte. Manchmal schwankte die Stimmung nach der ängstlichen oder heiteren Seite, dazwischen noch traumhafte Halluzinationen (z. B. erzählte sie, eine Amerikanerin gesehen zu haben, glaubte sich manchmal vergiftet: „Mir hat jemand Gift gegeben, Rattengift ist es nicht; es ist immer rot“).

Auf eine Anfrage gab die Mutter der Patientin am 15. Januar 1907 folgende Auskunft: Patientin sei binnen 8 Wochen nach ihrer Abholung völlig gesund geworden, sei seitdem nicht wieder erkrankt, sei geistig durchaus regsam und führe mit der Mutter eine große Wirtschaft. Sie sei nicht verheiratet.

Die beiden nächsten Fälle schließen sich hinsichtlich ihres motorischen Verhaltens den früheren an. Delirante Symptome treten aber

im Gegensatz zu jenen nur vorübergehend, das eine Mal mit dem Ausbruch der Krankheit, das andere Mal mit einer Steigerung choreatischer Unruhe als Begleitdelirien auf. Die letzte Kranke endlich bietet ein sehr kompliziertes Bild: neben deliranten Symptomen hatte die Kranke ein ganz eigenartiges Verhalten, indem sie alles Mögliche, was sie aller Wahrscheinlichkeit nach wußte, bestritt, für „gar nicht wahr" erklärte. Die Beobachtungen reichen nicht aus, um zu entscheiden, wieweit delirante Erinnerungstäuschungen in diesem Gebahren mitspielten und wieweit vielleicht eine besondere Art von Negativismus sich darin ausprägt.

Die Witwe Dorothea H. (J.-Nr. 1639), 31 Jahr alt, deren Vater an einem schweren Nervenleiden gestorben ist, befand sich vor einem Jahr nach dem Selbstmord ihres Mannes in schwer gedrückter Stimmung. Die Leute sollen über sie gesprochen und ihr zu verstehen gegeben haben, daß sie, die sich ganz unschuldig fühlt, am Tode ihres Mannes schuld sei. Nach dem Unglück soll sie wie starr vor Schreck gewesen sein. Drei Wochen vor der Aufnahme begannen Zuckungen bald in den Armen, bald in den Beinen, und ein Gefühl von Kribbeln und Taubsein in den Extremitäten. Des Nachts sah sie in dieser Zeit viele Gestalten, meist Bekannte oder Verwandte. Bei der Aufnahme hatte die Patientin im linken Arm choreatische Bewegungen, die nach wenigen Tagen nachließen, dann nur noch sehr gering waren, um allmählich zu verschwinden. Ab und zu wurde auch ein Grimassieren beobachtet. Die Schmerzempfindlichkeit des linken Arms war anfangs herabgesetzt. Zirka 14 Tage nach der Aufnahme wurden Knie- und Fußgelenke schmerzhaft bei Druck und Bewegungen. Die Schmerzen gingen unter Behandlung mit Salol in zirka 1 Monat zurück. Patientin lag anfangs den ganzen Tag über apathisch da und gab keine Antworten, höchstens, daß sie ab und zu nach längerem Warten und sehr langsam ein paar Worte sprach, der Gesichtsausdruck war verschlossen. Schon nach zirka 8 Tagen besserte sich das psychische Verhalten, Patientin war später vergnügt und wurde nach etwa dreimonatiger Dauer der Krankheit geheilt entlassen. —

Die 16jährige Eugenie H. (J.-Nr. 7602) erkrankte zirka 6 Wochen vor der Aufnahme an Chorea. In der letzten Zeit soll sie stiller geworden sein. Hier war die Stimmung zunächst leicht euphorisch, selten etwas weinerlich, dabei machte das Verhalten vielfach den Eindruck einer kindischen Scheu und Schüchternheit; Patientin sprach spontan nur wenig, war wortkarg, etwas denkträge, ihre Bewegungen energielos. Während der anfangs nur geringen choreatischen Unruhe wurde sie „deutlich stuporös", antwortete nicht auf Fragen, aß nicht spontan, die Stimmung war indifferent. Nach etwa 8 Tagen steigerte sich die Chorea zu Jaktationen, wobei ein Zustand „leicht deliranter Verwirrtheit" Platz griff, in dem Pa-

tientin leise vor sich hin sprach und stöhnte und gar nicht zu fixieren war. Als nach 2 Tagen die choreatischen Bewegungen nachließen, war die Kranke wieder ganz stuporös und mutazistisch. In den nächsten Tagen wurde sie etwas zugänglicher, antwortete aber immer noch fast gar nicht oder nur mit leiser Stimme, äußerte keine Wünsche. Weitere 14 Tage später wurde sie heiter und noch später ausgelassen, lustig, sprach viel und laut; dazwischen war sie aber vorübergehend deprimiert und weinerlich. Die choreatischen Bewegungen waren inzwischen ganz gering geworden, und Patientin wurde nach im ganzen viermonatiger Dauer der Krankheit geheilt entlassen. —

Die 17jährige Kindergärtnerin Margarete K. (J.-Nr. 11214) hatte vor ½ Jahr einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht. Vor 7 Wochen begann die Chorea, in der sie nachts unruhig und ängstlich war und viel sprach. Am Herzen deutliche Geräusche. In den ersten 3 Wochen Fieber, zum Teil 39,0—39,4 und Durchfälle. Anfangs war die choreatische Unruhe sehr heftig, dabei war die Kranke ängstlich, hörte Stimmen, sie müsse fort, müsse sterben, hatte Beziehungsideen — glaubte, die andern Kranken hielten sie für verrückt — und häufig hypochondrische Sensationen: ein ständiges Frieren. Nachdem sich in wenigen Tagen die choreatische Unruhe erheblich gebessert hatte, dauerten die psychischen Störungen an. Ihre Schwester, die sie einmal besuchte, schien ihr ganz verändert, dann sagte sie wieder, sie sei gar nicht dagewesen, es sei alles nicht wahr. Ebenso behauptete sie einmal, nachdem sie eben gefrühstückt hatte, sie habe noch gar nichts gegessen, oder: sie habe die ganze Nacht allein gelegen. Alle ihre Klagen brachte sie in einem kindlich klagenden Ton vor, rief den Arzt immer wieder zu sich ans Bett. Das Verhalten, indem sie alles mögliche abstritt, als gar nicht wahr hinstellte, bezeichnet die Krankengeschichte einmal als „choreatischen Negativismus". Oft äußerte sie Todesgedanken, sie müsse in eine Isolierzelle gesperrt werden. Nach dem Fieberabfall entwickelte sie einen wahren Heißhunger und aß alle ihr erreichbaren Eßwaren, die sie zum Teil andern Kranken entwendete, um danach immer weniger anzugeben, als sie wirklich gegessen hatte, oder alles abzuleugnen und die Wärterinnen der Lüge zu bezichtigen. Ungefähr 1 Monat nach der Aufnahme war sie nur noch überempfindlich gegen Geräusche, reizbar und zeigte kein Bedürfnis nach geistiger Beschäftigung. Bei Explorationen nach ihren früheren Äußerungen schweifte sie ab. Die choreatischen Bewegungen schwanden allmählich ganz. In letzter Zeit fiel nur noch ein etwas anschmiegsames, kindisches Wesen auf. Nach zirka viermonatiger Krankheitsdauer geheilt entlassen.

Die Beziehungen der psychischen Störungen zur Schwere der Erkrankung, der Dauer und dem Ausgang, zu den ursächlichen Faktoren der He-

reditāt, den vorangegangenen Infektionskrankheiten, speziell den rheumatischen Erkrankungen sowie den Sexualvorgängen, der Pubertät, der Menstruation, der Gravidität, dem Puerperium, der Laktation, endlich dem Alter und Geschlecht sowie gelegentlichen anderen Faktoren, gestalten sich folgendermaßen:

Unter den 21 Fällen, welche ohne psychische Störungen verliefen, fanden sich 6 leichte und 15 mittelschwere Formen, schwere Choreaerkrankungen kamen hier nicht vor, diese fanden sich ausschließlich unter den mit psychischen Veränderungen komplizierten Fällen. Unter diesen insgesamt 133 Fällen kamen schwere Formen annähernd ebenso oft als leichte Formen vor (34:30), während mittelschwere Formen doppelt so oft (69 Fälle) beobachtet wurden. Hierbei verhalten sich aber die nur leicht psychisch betroffenen Kranken wesentlich anders als die im engeren Sinne psychotischen, indem bei der ersteren Gruppe die mittelschweren Fälle die Majorität hatten (54 Fälle = 51 %) und die leichten Fälle fast dreimal so häufig waren wie die schweren (28:10), während bei den im engeren Sinne psychotischen die schweren Formen mit 24 Fällen (= 58 %) die Mehrheit besaßen und leichte Formen mit 2 Fällen ganz erheblich zurücktraten; mittelschwere Formen fanden sich unter diesen 41 Fällen 15 mal. Es ergibt sich aus diesen Zahlen ein gewisser Parallelismus zwischen der Schwere der choreatischen Erscheinungen und dem Auftreten, sowie der Schwere psychischer Störungen.

Hinsichtlich der Ausgänge liegen die Verhältnisse ähnlich: bei den 21 psychisch frei gebliebenen Kranken kamen Todesfälle überhaupt nicht vor, die Zahlen der geheilt, gebessert und ungeheilt entlassenen Kranken sind 12:8:1, d. h. 57,6:38,4:4,8 %. Demgegenüber starben von den 133 psychisch erkrankten Choreatikern 12, geheilt wurden 86, gebessert 27, ungeheilt 6 entlassen, was einem Prozentverhältnis von 64,8:20,5:4,6:9,1 Geheilten, Gebesserten, Ungeheilten und Gestorbenen entspricht. Die beiden Gruppen der leichter und schwerer psychisch Erkrankten unterscheiden sich hinsichtlich der Prognose wieder zuungunsten der schwerer Erkrankten: unter ihnen starben 20 %, unter jenen nur 4,4 %, während von diesen 60 % und von jenen 68 % geheilt entlassen werden konnten. Auch die Zahl der gebessert und ungeheilt Entlassenen tritt bei den schwer

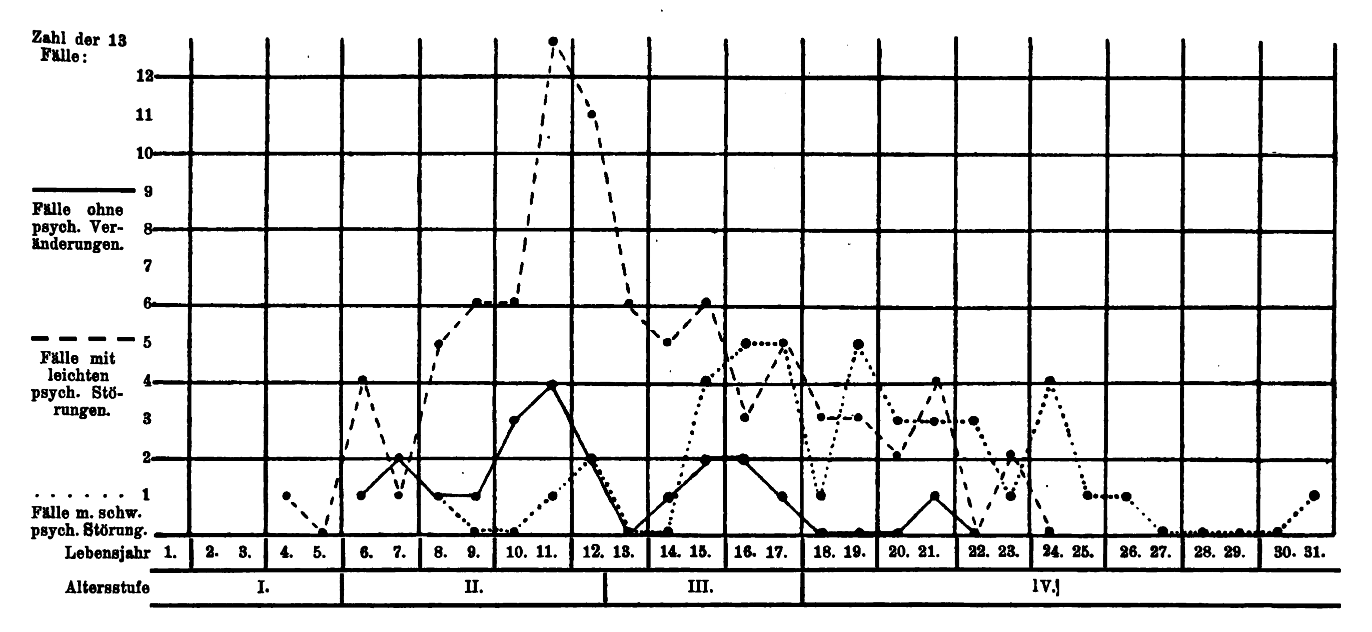
psychisch Erkrankten gegenüber den Fällen gleichen Ausganges bei den Kranken mit leichteren psychischen Störungen etwas zurück.

Bei den Berechnungen der Dauer der Krankheit beziehe ich mich nur auf die geheilt entlassenen Fälle und auf diejenigen, deren Krankheitsdauer durch Erkundigungen bei den Angehörigen nachträglich festgestellt werden konnte. Hinsichtlich der Krankheitsdauer stellen sich die psychisch intakt bleibenden Kranken mit einer Durchschnittszahl von 3 Monaten wieder etwas besser, als die Kranken mit leichteren und schwereren geistigen Störungen, welche beide im Durchschnitt 4 Monate krank waren. Die Unterschiede sind also bezüglich der Krankheitsdauer durchschnittlich gering, und dies entspricht der Erfahrung, daß gerade die nicht oder nur wenig psychisch affizierten Kranken oft einen sehr lang hingezogenen Krankheitsverlauf haben, während andererseits Choreaerkrankungen mit schweren geistigen Störungen relativ rasch ablaufen können. Dagegen finden sich interessante Beziehungen zwischen der Krankheit und der Art der psychischen Störung. Unter den Fällen mit leichteren psychischen Anomalien hatten diejenigen, welche mit einer Verminderung der Spontaneität und gemütlichen Stumpfheit einhergingen, eine etwas längere Krankheitsdauer von durchschnittlich 5 Monaten als die übrigen. Das hängt wohl damit zusammen, daß bei diesen Kranken vorwiegend Ausfallserscheinungen vorlagen, deren Ausgleich nach allgemeiner Erfahrung längere Zeit beansprucht.

Unter den psychisch schwerer betroffenen Fällen haben wieder die den einfach bewegungsarmen Kranken verwandten Fälle mit psychomotorischer Akinese die relativ längste Dauer von ca. 6 Monaten. Im Gegensatz dazu nahmen die einfachen deliranten Zustände oft einen sehr raschen Verlauf (zum Teil 2 Monate).

Die Geschlechter verhalten sich in der Gruppe der psychisch freien Fälle wie 1:2,5 (6 männliche, 15 weibliche Patienten), d. h. nahezu ebenso wie bei den mit psychischen Störungen verlaufenden Fällen (40 m.: 93 w. = 1:2,3). Unter den psychisch affizierten Kranken überwiegen aber die weiblichen Individuen ganz erheblich bei den Fällen ausgesprochener Psychose (6 m.: 35 w. = 1:5,9), während sich das Verhältnis beiden leichteren psychischen Veränderungen für dasweibliche Geschlecht verhältnismäßig am günstigsten gestaltet (34 m.: 58 w. = 1: 1,7).

Die Verteilung der Erkrankungen auf die verschiedenen Altersstufen geht aus den nebenstehenden Kurven hervor. Das


Alterskurven.
Zahl der 13 Fälle:
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
Fälle ohne psych. Veränderungen.
Fälle mit leichten psych. Störungen.
Fälle m. schw. psych. Störung.
Lebensjahr
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.
Altersstufe
I.
II.
III.
IV.

Maximum der Erkrankungen ohne psychische Beteiligung betrifft das 10. und 11. Lebensjahr (7 Fälle unter 21). Von diesem Gipfel fällt die Kurve auf der einen Seite mit geringen Schwankungen gegen das 6. Lebensjahr ab. Die ersten 5 Lebensjahre bleiben frei. Gegen die höheren Lebensjahre hin erhebt sich die Kurve nach einem zunächst erfolgenden Abfall wieder beim 15. und 16. Lebensjahre zu geringerer Höhe (4 Fälle). Der einzige Fall, der unter dieser Gruppe die Jahre nach der Pubertät betraf, war eine Schwangerschaftschorea einer 21 jährigen Patientin, welche insofern eigentlich zu den in früheren Jahren Erkrankten zu rechnen wäre, als es sich nur um das Rezidiv einer jugendlichen rheumatischen Chorea handelte. Seitdem die Kranke erst im 12., dann im 16. Lebensjahre an Chorea gelitten hatte, hatten bei ihr bis zu ihrer dritten Erkrankung gelegentliche Zuckungen in der linken Hand fortbestanden.

Die Kurve der Fälle mit leichteren psychischen Anomalien hat eine ähnliche Form wie die der psychisch freien Fälle. Das 11. und 12. Lebensjahr stellt hier noch ein verhältnismäßig größeres Kontingent als dort. Bei den eigentlichen Psychosen dagegen finden wir beim 8., 11. und 12. Lebensjahre nur vereinzelte Erkrankungen, während beim 16. und 17. Jahre die Kurvenhöhe liegt und die unter leichten Schwankungen verlaufende Kurve noch beim 24. Jahre nur wenig niedriger steht als beim 16. und 17.

Man kann die hier in Frage kommenden Lebensjahre in vier Altersstufen einteilen, von denen die erste die frühe Kindheit vom 1. bis 5. Jahre, die zweite die spätere Kindheit bis zum durchschnittlichen Beginne der Pubertät (6. bis 12. Jahr), die dritte Stufe die Pubertätsjahre selbst (13. bis 17. Jahr) und die vierte Stufe das jugendliche Alter nach der Pubertät umfaßt. Man sieht dann, daß die e r s t e Altersstufe mit einer einzigen Ausnahme von Erkrankungen verschont bleibt (ein Fall mit leichteren psychischen Anomalien). Die z w e i t e Altersstufe weist die größte Zahl der Erkrankungen auf, und zwar sind es $^{2}/_{3}$ der psychisch freien Fälle und die Hälfte der Fälle mit leichteren psychischen Störungen, die hier ihren Platz finden, während von den eigentlichen Psychosen nur $^{1}/_{10}$ diese Altersstufe betrifft. In der d r i t t e n Altersstufe sind etwas mehr als je $^{1}/_{3}$ der psychisch intakten Fälle und der Kranken mit eigentlichen Psychosen, und von den leichter beteiligten Kranken etwas weniger als $^{1}/_{3}$ enthalten. Die

vierte Altersstufe endlich ist das Reich der Psychosen im engeren Sinne, von denen ca. 3/5 hierher rechnen. Nur 1/6 der Fälle mit leichteren Störungen gehört hierher, und der einzige Fall ohne psychische Veränderungen, der sich hier findet, ist eigentlich ein Fall der zweiten Altersstufe, indem es sich um eine in der Schwangerschaft rezidivierende Jugendchorea handelt.

Unter den Fällen mit schwereren psychischen Störungen ist die Altersverteilung auch wieder etwas verschieden, indem die Kranken mit nur einzelnen Halluzinationen und diejenigen, in denen als einzige psychotische Symptome sehr gesteigerte und unvermittelt wechselnde Expressivbewegungen vorkamen, sich wie die nur leichter psychisch Erkrankten verhielten (erste und vierte Altersstufe kein Fall, zweite Altersstufe 2 Fälle, dritte Stufe 1 Fall), während die übrigen Gruppen schwererer psychischer Affektion ohne wesentliche Unterschiede untereinander die oben gegebene abweichende Altersverteilung zeigen.

Erbliche Belastung fand sich unter den 21 psychisch freien Fällen 6 mal, d. h. in 29 %, bei den leichteren psychischen Störungen in 33 %, bei den schwereren geistigen Erkrankungen in 30 % der Fälle. Die Unterschiede sind also in dieser Hinsicht unter den einzelnen Gruppen kaum von Belang.

Körperliche und geistige Entwicklungsstörungen, Degenerationszeichen, voraufgegangene oder noch bestehende nervöse Erkrankungen und Dispositionen (Neurasthenie, Hysterie) sind zwar bei allen Krankheitsgruppen gelegentlich bemerkt, aber die Angaben, ob derartige Anomalien vorhanden waren oder nicht, sind nicht regelmäßig eingetragen, so daß man keine verwertbaren Zahlen zusammenstellen kann. Bei den einzelnen Fällen, die oben referiert worden sind, ist gegebenenfalls auf solche Momente verwiesen worden. Es scheint, daß derartige Anomalien bei den in den höheren Altersstufen auftretenden, zugleich öfter mit schweren psychischen Störungen verbundenen Choreaerkrankungen etwas häufiger sind als bei den hinsichtlich der psychischen Beteiligung durchschnittlich günstiger verlaufenden Erkrankungen der früheren Altersstufen.

Beim Zusammenhang der Chorea mit Infektionskrankheiten sind die rheumatischen Erkrankungen von den übrigen, seltener in Betracht kommenden Infektionen (Masern, Scharlach, An-

gina) getrennt. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit rheumatischen Erkrankungen ist auch dann angenommen worden, wenn nicht nur gleichzeitig oder unmittelbar vorher ein Gelenkrheumatismus bestand, sondern auch wenn Herzveränderungen, die einigermaßen sicher als organische angesprochen werden konnten, sich fanden.

Gruppe	Allgem. vorauf-geg. rheum. Krankh.	Allgem. vorauf-geg. sonst. Inf.-Krankh.	Rheum. Erkrank. in unmittelbarem Zusamh. m. Chorea	Sonst. Infekt. in unmittelb. Zus. mit der Chorea
I.	75 %	25 %	75 %	19 %
II.	72 %	8 %	68 %	8 %
III.	66 %	12 %	66 %	7 %

Es ist bemerkenswert, daß für die Gruppe I eine infektiöse Ätiologie stets gegeben war, während sie bei den beiden anderen Gruppen in je ca. 20% nicht nachgewiesen werden konnte.

Gerade entgegengesetzt verhalten sich die Gruppen hinsichtlich der in den Sexualvorgängen gelegenen ätiologischen Momente. Bei den psychisch freien Kranken und den Fällen mit leichteren psychischen Anomalien finden sich nur je eine Schwangerschaftschorea (Gruppe I 4,9%, Gruppe II 0,75%). In beiden Fällen handelte es sich übrigens nur um eine in der Schwangerschaft rezidivierende jugendlich rheumatische Chorea.

Bei den eigentlich psychotischen Choreatikern spielt dagegen die Gravidität und die Menstruation viermal (d. h. in je 10,2%), die Laktation 1mal (d. h. in 2,4 %) eine ursächliche Rolle. Dabei sind die einzelnen Gruppen psychotischer Zustände in folgender Weise beteiligt: zwei von den Schwangerschaftserkrankungen gehören zu den deliranten Zuständen, von denen wieder eine, mit einem Gelenkrheumatismus kompliziert, eigentlich den rheumatischen Formen angehört; die zwei anderen Fälle von Chorea gravidarum rechnen zu der durch einzelne pseudospontane Bewegungen ausgezeichneten Gruppe. Die beiden letzteren Fälle sind ebenfalls eigentlich rheumatische, nur durch die Gravidität ausgelöste Erkrankungen, die eine (J.-N. 8757) hatte schon vor acht Jahren eine Chorea durch-

gemacht, der erste Ton über der Mitralis war bei ihr unrein; die zweite Kranke (J.-N. 3542) hatte eine Herzverbreiterung und einen unreinen ersten Mitralton. Die Kranke, deren Chorea während der Laktation auftrat, litt gleichzeitig an Gelenkrheumatismus, so daß es sich hier wohl mehr um eine zufällige Komplikation mit der Laktation handelt. Die Psychose hatte hier ebenfalls eine delirante Form mit Übergang in Benommenheit (J.-N. 7746).

Die vier Fälle, bei denen die Menstruation eine Rolle spielt, gehören der zu den Motilitätspsychosen in Beziehung stehenden Krankheitsgruppe an: bei zwei unter diesen war keine infektiöse Ätiologie daneben nachweisbar. Im Falle J.-N. 939 waren gleichzeitig mit der ersten Menstruation choreatische Bewegungen aufgetreten, die nach anfänglicher Besserung 3 Wochen vor der Aufnahme (ca. 1/2 Jahr später) erneut eingetreten war und denen sich bald der psychotische Zustand anschloß. Es handelte sich um ein Mädchen von 15 Jahren. Im Falle J.-N. 6354 war bei einer 22 jährigen Kranken, die früher schon „nervös" gewesen war, die Menstruation erst im 18. Jahre eingetreten. Das extrem anämische Mädchen hatte während der Krankheit zunächst monatelang keine Menses. Als dieselben während des nachchoreatischen, akinetischen Zustandes zuerst wieder eintraten, waren sie von einem mehrtägigen motorischen Erregungszustande begleitet.

Die beiden anderen Fälle waren, der 1. mit den Erscheinungen einer Mitralinsuffizenz, der 2. mit einem Gelenkrheumatismus kompliziert. Diese Kranke J.-N. 2047, ein 16 jähriges Mädchen, erkrankte ungefähr 6 Wochen nach der ersten Menstruation. Es handelte sich hier zugleich um eine geistig schwachbegabte, immer schon reizbare Patientin, deren Demenz nach dem Ablauf der Chorea mit Psychose, wie es scheint, im Laufe der Jahre weitere Fortschritte gemacht hat. Es ist die Kranke, die später entmündigt wurde und, völlig willenlos, von ihrem Mann zu einem fast vagabondierenden Leben verleitet wurde (vgl. S. 808—10). Bei der anderen Kranken, einem 15 1/2 jährigen Mädchen, J.-N. 5930, war die Chorea vor der ersten Menstruation aufgetreten. Mit dem Eintritt der ersten Menses löste sich der akinetische Zustand, in den die Kranke nach einer Phase choreatischer Unruhe verfallen war, rasch, und die Kranke wurde bald darauf geheilt entlassen.

Unter den neun Fällen, bei denen Sexualvorgänge ätiologisch in Betracht kommen, sind also nur 3, die nicht daneben noch eine nachweisbare infektiöse Ätiologie haben. Möglicherweise spielen die Vorgänge der Geschlechtsreifung noch bei mehreren anderen der in der dritten und vierten Altersstufe erkrankten Choreatiker eine Rolle, was sich aber zunächst nicht weiter verfolgen läßt.

Das relativ häufige Auftreten von Chorea mit psychotischen Zuständen in den Jahren der Pubertät und den unmittelbar darauffolgenden Altersstufen, der in einigen Fällen direkt nachweisbare Zusammenhang der Erkrankung mit der Menstruation (besonders dem erstmaligen Eintritt derselben), endlich die Form der in diesen Fällen beobachteten psychotischen Zustände, in denen sämtlich psychomotorische Symptome im Vordergrunde stehen, läßt daran denken, daß die Vorgänge der Pubertät hier für die Genese der Krankheit mehr bedeuten als Hilfsursachen oder zufällige Komplikationen, daß es sich hier vielmehr um eigentliche Pubertätserkrankungen handelt, für die eine eventuelle rheumatische Infektion nur die Hilfsursache bildet, oder welche nur durch die letztere oder durch die Chorea ausgelöst werden, zumal ja die Pubertätspsychosen oder hebephrenischen Psychosen auch eine ganz besondere Vorliebe für die psychomotorische Sphäre zeigen. Diese von mehreren Autoren diskutierte Möglichkeit (*Möbius*, *Zinn*, *Bernstein* u. a.) kann durch unsere klinischen Methoden überhaupt nicht mit aller Bestimmtheit ausgeschlossen oder gesichert werden. Dazu bedürften wir der Kenntnis der Art der anatomischen Prozesse, welche für die hebephrenischen und die rheumatischen Affektionen charakteristisch wären, und der Unterschiede, welche die beiden verschiedenen Krankheitsursachen in den Stoffwechselvorgängen bedingten. Aus beiden noch so gut wie unerschlossenen Tatsachenbereichen ergeben sich vielleicht einmal klinische Anhaltspunkte, welche die ätiologische Bestimmung derartiger fraglicher Fälle erlauben. Unter den uns zur Verfügung stehenden klinischen Unterscheidungsmerkmalen steht an erster Stelle die Verlaufsweise. Für hebephrenische Erkrankungen gilt — besonders nach den Lehren *Kräpelins* — die Prognose als verhältnismäßig ungünstig, indem sich geistige Entwicklungshemmungen und fortschreitende Verblödungsvorgänge relativ oft der akuten Erkrankung anschließen. Von den 12 hierher gehörenden Fällen

sind nun 5, auch wenn die Krankheit einen lang hingezogenen Verlauf nahm, noch in der Klinik genesen. Die Erkundigungen, die ich über die ungeheilt oder gebessert Entlassenen eingezogen habe, ergaben, daß eine derselben schließlich gesund wurde, auf der Höhe ihrer geistigen Entwicklung blieb und nicht wieder erkrankte. Bei 3 Fällen ist es dagegen nicht ausgeschlossen, daß die Erkrankung dauernde Defekte vielleicht sogar mit der Tendenz eines fortschreitenden Verfalls gesetzt hat. Es handelt sich um den Kranken Wilhelm F., J.-N. 12282, S. 815, der noch jetzt — ca. 2 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung — nur gelegentlich arbeitet und sonst „völlig harmlos" zu Hause herumsitzt, auch manchmal noch Gliederzuckungen hat; um die Kranke Bertha R. (J.-N. 6733, S. 829), die ebenfalls nicht vollständig geheilt aus Nietleben entlassen wurde, wo sie noch zuletzt ziemlich untätig und wortkarg war, und von der ich nichts weiter in Erfahrung bringen konnte, sowie um die Kranke Auguste H. (J.-N. 2047, S. 808), die später wegen Geistesschwäche entmündigt wurde, zur Zeit mit ihrem Manne vagabondiert und die während einer kurzen Beobachtung in der Jenenser Klinik, 5 Jahre nach der hiesigen Behandlung, einen ausgesprochenen Schwachsinn mit Angstaffekten zeigte und damals leichte Zuckungen in den Fingern der rechten Hand und den Zehen des rechten Fußes hatte; dieselbe Kranke hatte gelegentlich ihrer Entmündigung den auf Seite 810 abgedruckten Brief an ihren Pfleger geschrieben, der durch das sinnlose Unterstreichen von Worten, die Wiederholung der gleichen Worte und Ausdrücke und die häufige Verwendung von Gemeinplätzen sehr an die schriftlichen Produktionen hebephrenischer Verblödeter erinnert. Über die drei noch übrigen Kranken habe ich bisher keine Auskunft erhalten. Eine davon war bei der Entlassung fast geheilt.

Trotzdem ist damit die hebephrenische Grundlage dieser Erkrankungen nicht erwiesen. Es ist sehr wohl möglich, daß auch infolge infektiös-rheumatischer Schädigung des Gehirns nicht nur eine Chorea, sondern auch bei einer anderen Lokalisation eine Psychose mit besonderer Beteiligung der Psychomotilität zustande kommt, die eventuell auch unter Hinterlassung residuärer Ausfälle abheilen könnte. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an *Griesinger*s Arbeit[1])

---

[1]) Arch. f. Heilkunde I, 1860.

„Über die rheumatischen Gehirnaffektionen“. Bemerkenswerterweise waren auch sämtliche *Griesinger*schen Fälle durch psychomotorische Symptome ausgezeichnet und nahmen zum Teil den charakteristischen zyklischen, hyperkinetisch-akinetischen Verlauf. Einige derselben hatten daneben, aber mehr zurücktretend, choreatische Zuckungen.

Die Fälle reiner Chorea, diejenigen mit Chorea und psychomotorischen Symptomen und die *Griesinger*schen Fälle mit überwiegenden psychomotorischen Erscheinungen und vereinzelten choreatischen Zuckungen bilden so eine stetige Reihe der verschiedenen Kombinationen zwischen choreatischen und psychomotorischen Symptomen. Zwischen den drei Erkrankungen gibt es Übergangsformen, welche die bestimmte Rubrizierung unmöglich machen. Einen derartigen Fall habe ich während des Ausarbeitens dieser Untersuchungen beobachtet. Ein junges Mädchen erkrankte einige Monate nach einem schweren Gelenkrheumatismus, der eine Mitralinsuffizienz hinterlassen hatte, an einem akinetischen Zustande mit Angst, zu dem später kurz vor der Heilung Phoneme hinzutraten. Nach einem Vierteljahr kam die Patientin von neuem in die Klinik, nur mit einer einfachen Chorea, die mit den gewöhnlichen Stimmungsanomalien einhergeht. Jetzt gab sie an, daß sie schon bald nach dem Gelenkrheumatismus und vor dem Ausbruch des akinetischen Zustandes ebensolche Veitstanzzuckungen gehabt habe. Wir hatten bei der ersten Aufnahme der Kranken, mit dieser Anamnese unbekannt, uns nicht entscheiden können, ob eine rheumatisch-infektiöse oder eine hebephrenische Psychose vorläge.

Zusammenfassung.

Das Studium von 155 Fällen von Chorea minor erlaubt uns über die Beziehungen dieser Krankheit zu psychischen Störungen folgende Schlüsse: Die überwiegende Mehrzahl der Choreakranken leidet außer an choreatischen Bewegungen und Koordinationsstörungen an charakteristischen gemütlichen Verstimmungen, die sich wieder am häufigsten als ängstlich-schreckhafte Stimmungsanomalien, seltener als heiter-zornmütige Verstimmungen darstellen und zuweilen eine Mischung beider Stimmungsabartungen repräsentieren. Nicht selten fand sich ein Ausfall an Spontaneität, zum Teil verbunden mit einer Ablehnung von außen kom-

mender Bewegungsanregungen, der bald von vornherein die Erkrankungen begleitete, bald nach einer vorangegangenen ängstlichen oder heiteren gemütlichen Reizbarkeit einsetzte und diese sowohl wie die choreatischen Bewegungen mehr oder weniger lange überdauerte. Nicht ganz so häufig wie an Stimmungsanomalien aber wahrscheinlich öfter, als es vermerkt wurde, litten die Kranken an Denkstörungen: Unaufmerksamkeit, Vergeßlichkeit, Versagen bei komplizierteren assoziativen Leistungen, zuweilen auch an einer gewissen Denkträgheit, die größere intellektuelle Ausfallserscheinungen vortäuschte, als wirklich vorhanden war. Die letztere Beobachtung wurde gerade bei solchen Kranken gemacht, die auch eine Verminderung der spontanen Beweglichkeit zeigten.

Was wir an schwereren psychischen Störungen beobachteten, wuchs aus diesen leichteren Anomalien heraus. Die im engeren Sinne psychotischen Symptome ließen sich als Entfaltung von Keimen erkennen, die in jenen schlummerten. Es entsprach der Mannigfaltigkeit schon der leichteren psychischen Veränderungen, daß auch die Symptomenbilder ausgesprochener Geistesstörung untereinander sehr verschieden waren. Bald war die Fortentwicklung der psychischen Grundstörungen nur von einer Stelle derselben her erfolgt, so daß verhältnismäßig einfache, durchsichtige Formen geistiger Abartung zustande kamen, bald waren — um im Bilde zu bleiben — an mehreren oder vielen Orten die Keime aufgegangen, die in ihrem weiteren Wachstum ineinander wucherten und zusammengesetzte, auch in der zeitlichen Folge verschieden gestaltete, zum Teil schwer zu entwirrende Symptomenkomplexe entstehen ließen. In den einfacheren Fällen gewann die ängstliche Verstimmung in dem Auftauchen von Angstvorstellungen der Bedrohung, der Versündigung, der Verarmung, der Unheilbarkeit, des drohenden Todes, Einfluß auf die Gedankenbildung, Vorstellungen, die ihrerseits zu Motiven krankhafter Handlungen, der Bedrohung der Umgebung, des Selbstmordversuches werden konnten. Die Angstvorstellungen kleideten sich zum Teil in Phoneme. Der heiteren oder zornmütigen Affektlage inhaltlich entsprechende Vorstellungen erwuchsen in ähnlicher Weise auf dem Boden dieser und begründeten gelegentlich einen mäßigen Rede- und Bewegungsdrang, in dem Vorstellungen der Selbstgefälligkeit, der Anmaßung u. ä. zum Aus-

druck kamen. In anderen Fällen gesellten sich den choreatischen Spontanbewegungen k o m p l i z i e r t e r e — von den psychomotorischen Psychosen her bekannte — B e w e g u n g s e r s c h e i n u n g e n , intensive, motivlos wechselnde Expressivbewegungen, theatralische Gesten und Posen, Bewegungsstereotypien, Greif- und Nestelbewegungen oder ein inkohärenter Rededrang mit Verbigeration, monotonem Singen hinzu, wie auf der anderen Seite die Verminderung der Spontaneität leichterer Fälle im Auftreten p s y c h o m o t o r i s c h - a k i n e t i s c h e r S y m p t o m e (Muskelspannungen, Flexibilitas, Negativismus) eine Steigerung erfuhr, die das Zustandsbild einer akinetischen Motilitätspsychose zeitweise entstehen ließ.

Die Denkstörungen, die schon bei den leichteren Fällen andeutungsweise gewisse Unterschiede untereinander zeigten, entwickelten sich bei schwerer betroffenen Kranken nach den beiden Richtungen der D e n k t r ä g h e i t (Störungen, welche den psychomotorisch-akinetischen Erscheinungen nahestehen) und der A s s o z i a t i o n s l ö s u n g , b e s o n d e r s a u f d e m B e w u ß t s e i n s g e b i e t e d e r A u ß e n w e l t (Störungen, die den agnostisch-apraktisch-aphasischen Symptomen verwandt sind).

Die Denkstörung der ersten Art machte die betreffenden Kranken den hebephrenischen Verblödeten ähnlich, während die letztere Form einem deliranten Zustande entsprach, besonders wenn er wie dort mit deliranten kombinierten Sinnestäuschungen einherging.

Zu diesen Symptomenreihen, die sich auf die psychischen Grundstörungen der leichter Erkrankten zurückverfolgen lassen, traten nicht selten infolge anderer mehr zufälliger Ursachen psychische Störungen hinzu: ebenfalls delirante Symptome, die den interkurrenten Infektionskrankheiten, der Erschöpfung, dem Fieber, vielleicht auch der Einwirkung von Narcoticis ihre Entstehung verdankten.

Die Symptomenbilder, welche so durch das Auftreten einzelner oder die Vereinigung mehrerer der geschilderten Symptome geformt wurden, sind, wie ich des öfteren schon hervorgehoben habe, recht verschieden. Keines derselben bietet uns genau das Bild einer oder der anderen auch sonst vorkommenden wohlcharakterisierten Psychosen, etwa einer Manie, einer Melancholie u. ä., es handelt sich immer nur darum, daß die entstehenden Symptomenbilder bald mit dieser,

bald mit jener Psychose einige Züge gemeinsam haben, so daß man nur von einem manieähnlichen, einem angstpsychoseähnlichen Zustande sprechen darf.

Es sind besonders die Angstpsychosen, die Halluzinose, die Delirien und vornehmlich die Motilitätspsychosen, insbesondere die zyklisch verlaufende Form derselben, mit denen die bei unseren Fällen vorkommenden psychotischen Symptomenbilder Ähnlichkeit haben. Die Unterschiede zwischen diesen und den genannten Psychosen liegen einmal in den die sonst verschiedenartigen Choreapsychosen stets begleitenden Grundstörungen, besonders den Stimmungsanomalien; ferner im Verlauf, indem es sich bei den Choreapsychosen oft um rasch vorübergehende Zustände handelt. Damit hängt zusammen, daß bei den der Halluzinose sonst ähnlichen Formen nie ausgeprägte paranoische Zustände vorkommen. Während der erste Unterschied von der Lokalisation der Krankheitsprozesse abhängig ist — worauf wir gleich noch zurückkommen —, wird der zweite durch die Art derselben (infektiös - toxische Prozesse) bedingt.

Außer den erwähnten, häufiger vorkommenden Symptomenbildern ähneln einzelne Kranke einer zornmütigen Manie, wie *Wernicke* das aus der Vereinigung maniakalischer und ängstlicher Symptome geformte Krankheitsbild nennt. Wahrscheinlich wird man bei sorgfältiger Analyse weiterer Choreapsychosen noch andere Symptomenbilder finden. Bemerkenswerterweise bot keiner unserer Fälle ein melancholisches Zustandsbild, wenn man die Melancholie in der engeren Begriffsbestimmung *Wernickes* nimmt, in welcher das psychische Insuffizienzgefühl den Mittelpunkt der Symptome bildet.

Die Gesamtauffassung, die unsere Untersuchungen über die psychotischen Zustände bei der Chorea geben, steht im Prinzip der Ansicht *Zinns* am nächsten, welcher die mannigfachen, auch sonst beobachteten Psychosen als solche im Verlaufe von Choreaerkrankungen vorkommen läßt. Nur sind es nach unserer Ansicht nicht schlechthin die auch sonst vorkommenden Psychosen, sondern nur Symptomenkomplexe, die bald dieser, bald jener Psychose ähneln, aber nach Erscheinung und Verlauf Besonderheiten besitzen, die durch die Art des Krankheitsprozesses und die Lokalisation desselben bedingt sind. Ein weiterer Unterschied zwischen der Auffassung *Zinns* und

der unserigen liegt darin, daß die Typen von Psychosen, welche *Zinn* anführt, sich nur zum Teil mit den schärfer umrissenen Krankheitsbegriffen decken, die wir im Sinne *Wernickes* unserer Darstellung zugrunde gelegt haben.

Die Lehre von *Möbius*, nach der alle psychischen Störungen bei Chorea im wesentlichen eine und dieselbe Psychose darstellen sollen, die sogenannte halluzinatorische Verwirrtheit, müssen wir ablehnen. Die psychotischen Zustände der Chorea haben nur insofern alle etwas Gemeinsames, als Stimmungsanomalien den Untergrund sonst verschieden gestalteter Krankheitsformen bilden; aber schon diese Stimmungsanomalien sind untereinander nicht gleichartig. Die Ansicht, daß es eine einheitliche Choreapsychose gäbe, konnte überhaupt nur aufkommen, wenn man einen so dehnbaren Begriff wie den der halluzinatorischen Verwirrtheit mit den psychischen Störungen der Chorea in Beziehung brachte. In diesem Begriff ist allerdings eine sehr große Zahl der tatsächlich herauszusondernden Symptomenkomplexe enthalten, aber dieser Begriff selbst entspricht gar keiner wirklich vorhandenen Krankheitsform, sondern ist eine rein gedankliche Konstruktion, welche aus den verschiedenen realen Formen zwei sehr vieldeutige Symptome herausgreift und die Zustandsbilder, welche diese Symptome enthalten, zu einem Krankheitsbegriffe vereinigt.

Es genügt auch nicht, die Delirien von der sogenannten Verwirrtheit abzugrenzen (*Kraft-Ebing*) oder aus der Verwirrtheit eine Gruppe von Fällen zu sondern, in denen sich nach der Auffassung der Autoren aus der Verwirrtheit heraus ein sogenannter Stupor entwickelt (*Wollenberg*, *Kraft-Ebing*). Bei einer genaueren Auflösung der Krankheitsbilder findet man in den sogenannten Stuporzuständen psychomotorisch-akinetische Symptome neben und unabhängig von den intrapsychischen Funktionsstörungen. Auch die psychomotorisch-hyperkinetischen Symptome müssen aus der sogenannten Verwirrtheit herausgehoben werden, da sie sich aus intrapsychischen Funktionsstörungen allein nicht erklären; dies beweisen die reinen Fälle hyperkinetischer Motilitätspsychose (*Wernicke*: Grundriß und Krankenvorstellungen).

Die intrapsychischen Funktionsstörungen selbst aber trennen sich in die eigentlichen a s s o z i a t i v e n Ausfallserscheinungen (besonders auf dem Bewußtseinsgebiete der Außenwelt) und die Er-

scheinungen der Denkträgheit, der Ergebnislosigkeit des Denkens. Ich will hier nicht auf die Frage eingehen, ob es nötig ist, daneben noch die Verwirrtheit als selbständiges Symptom anzuerkennen. Jedenfalls würde sie nur als eine enger gefaßte, rein intrapsychische Funktionsstörung zu nehmen sein. Ich halte es für ein nicht unwichtiges Ergebnis einer genaueren Zergliederung der psychotischen Zustände bei der Chorea, daß sie die innigen Beziehungen zwischen der Chorea, einer so ausgesprochenen Motilitätsneurose, und den psychomotorischen Funktionsstörungen, den Motilitätspsychosen, klärt [1]).

Das Studium der bei der Chorea minor vorkommenden psychotischen Zustände ist besonders geeignet, die hauptsächlich von *Wernicke* vertretene Methode der Krankheitsanalyse und Begriffsbestimmung zu rechtfertigen. Diese jeden Fall für sich in seine Symptome auflösende Methode zwingt uns zwar, sehr viel mehr verschiedenartige Symptomenbilder aufzustellen, als es die durch ihre Einfachheit und Übersichtlichkeit so bestechenden Systeme anderer Forscher tun, aber nur mit Hilfe von der Wirklichkeit entsprechenden Krankheitsbegriffen dürfen wir hoffen, die psychischen Funktionsstörungen auf den verschlungenen Bahnen ihres Organs aufzuspüren und sie in ihrem gesetz-

[1]) Die beiden Fällen von *Jastrowitz* (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1899, Nr. 33/34) schließen sich hier an. Die erste, erblich belastete 20 jährige Patientin war im Anschluß an einen Gelenkrheumatismus erkrankt. Im Anfang führte sie wirre Reden, verkannte Personen, war unruhig; dann mit der Abnahme der choreatischen Bewegungen saß sie umher, zeigte keine Initiative, stand stundenlang auf einem Fleck, ließ manchmal unter sich, war mutazistisch und zeigte eine ausgesprochene Ratlosigkeit, die sich anscheinend — ähnlich wie bei einigen unserer Kranken — besonders auf die Motilität bezog: sie wußte nicht, ob sie sich hinlegen sollte, ob sie sich setzen sollte, erklärte „ja ich stehe hier", hatte Echopraxie. Die zweite, ebenfalls erblich belastete, infantile Patientin erkrankte ebenfalls im Anschluß an einen Gelenkrheumatismus. Sie war im Beginn mutazistisch „maniakalisch", benahm sich sinnlos, legte sich nackt in die Küche, riß eine andere Kranke aus dem Bett, tobte furchtbar, „der Geist war völlig verworren" (hohes Fieber, Thrombose der Art. fem., multiple Abszesse, Dekubitus). Später war die Kranke apathisch, benommen und verweigerte die Nahrung. Auch die von *Bode* (I.-D. Tübingen 1899) und *Reifenstuhl* (I.-D. Göttingen 1897) veröffentlichten Fälle waren nach der choreatischen Unruhe auffällend still, gaben oft keine Antwort, *Bodes* Kranke saß in den Ecken herum.

mäßigen Zusammenhange mit anatomischen Veränderungen von bestimmter Örtlichkeit zu erfassen.

Die verbreitete Abneigung gegen die symptomatologische Betrachtungsweise beruht wohl zum größten Teil darauf, daß die neurologische Methode, der diese ständige Orientierung der klinischen Beobachtung nach der anatomischen Lokalisation der Funktionsstörungen in vorbildlicher Weise eigen ist, auf dem psychiatrischen Arbeitsfelde noch nicht zur allgemeinen Anerkennung gelangt ist. Während sich Manche bei einem ihnen neu entgegentretenden Symptomenbilde begnügen, dasselbe gemäß einer Ähnlichkeit, z. B. mit der Manie, mit der Diagnose Manie zu versehen, bemüht sich der Neurologe zunächst, seine Krankheitsbilder möglichst genau symptomatologisch zu zergliedern; jedes aufgedeckte Symptom gibt ihm den Hinweis auf ein erkranktes anatomisches System und im Schnittpunkt dieser die Herddiagnose. Der Neurologe denkt nicht daran, für die Summe der Symptome, die ihm z. B. eine Erkrankung des linken Parietallappens bietet (rechtsseitige Muskelsinnsstörungen, Hemianopsie, Alexie, Wortamnesie), eine diese Symptome insgesamt ausdrückende klinische Diagnose zu erfinden; seine Diagnose ist die kondensierte Krankengeschichte.

Wir können zurzeit in der Psychiatrie klinische Diagnosen noch nicht entbehren, aber dieselben dürfen nichts weiter sein wollen als Zusammenfassungen von Symptomen bzw. Abkürzungen für solche, von ganz strenger Umgrenzung, so daß mit demselben Ausdruck auch immer nur dieselbe Symptomengruppe verstanden wird. Dieser vorläufige Zustand unserer Wissenschaft muß einmal einem vollkommen neurologischen weichen, in dem anatomische Diagnosen an die Stelle der klinischen gesetzt sein werden.

Bei einem Versuche, die psychotischen Zustände bei der Chorea minor in ihre anatomischen Bahnen zu verfolgen, kommt man nicht über ein paar tastende Schritte hinaus. Schon die Lokalisation der eigentlichen choreatischen Symptome (choreatische Bewegungen, Koordinationsstörungen, Hypotonie) ist bekanntlich noch nicht völlig gesichert. Immerhin scheint mir eine Verständigung zwischen den beiden wichtigsten Theorien,

der von *Anton* [1]) und der von *Bonhöffer* [2]), möglich, wie dies *Bonhöffer* selbst schon andeutet. Nach *Anton* entspringen die choreatischen Bewegungen einer krankhaften Funktionssteigerung des Sehhügels, sei es durch direkte Reizung desselben, sei es durch Wegfall einer vom Linsenkern ausgeübten Hemmungsfunktion. *Bonhöffer* führt die choreatischen Bewegungen auf eine Läsion der Kleinhirn-Bindearm-Thalamusbahn zurück. Die choreatischen Koordinationsstörungen und die Hypotonie folgen dabei aus dem Ausfall zentripetaler Erregungen, welche auf dieser Bahn den subkortikalen Ganglien und der Hirnrinde zufließen. Beide Anschauungen schließen sich offenbar nicht aus, da *Bonhöffers* Theorie die *Anton*sche im gewissen Sinne umfaßt. Es wäre auch möglich, daß die Krankheitsprozesse (entzündliche Herde, kleine Blutungen, Embolien, toxische Degenerationen in Fasern und Zellen) nicht in jedem Falle an gleicher Stelle lokalisiert wären. Durch die Annahme einer im einzelnen Falle bald mehr zerebellaren, bald mehr tegmentalen, bald thalamischen Lokalisation würden sich auch die klinischen Unterschiede der einzelnen Fälle erklären.

Mit der Lokalisation der choreatischen Bewegungsstörung in den zerebello-subkortikalen Reflexsystemen stimmen eine Reihe von Nebenerscheinungen der Chorea wohl überein: die Störungen der Gefäßinnervation, des Pulses, der Schweißsekretion (herabgesetzter Gefäßtonus, gesteigerte Hautgefäßerregbarkeit, Pulsirregularität und Verlangsamung). Ähnliche Erscheinungen sind auch bei Erkrankungen der Sehhügel beobachtet worden, vgl. z. B. den Befund von *Probst*, der bei einer Thalamuserkrankung auf der dem Herd gegenüberliegenden paretischen Seite den Puls um die Hälfte schwächer fand als auf der gesunden Seite. Pupillenerweiterung sah v. *Bechterew* nach experimentellen Verletzungen der Sehhügel.

Gelegentlich beobachtete Symptome, die auf eine Schädigung der sensiblen Schleifenbahn bzw. der sensiblen Anteile der inneren Kapsel hinweisen (Schmerzen und Parästhesien, Druckpunkte, Hemialgien, Störungen der Haut- und Schleimhautreflexe) werden durch die räumliche Nachbarschaft der sensiblen Bahnen und der subkortikalen

---

[1]) Jahrb. f. Psych. u. Neur. XIV, 1895.

[2]) Monatsschr. f. Psych. u. Neur. I, III, X.

Zentren und Bahnen (Linsenkern, Sehhügel, Bindearme) verständlich. Ebenso erklären sich die seltenen spastischen Symptome (*Babinski*s Reflex) aus einer ausnahmsweise vorhandenen Mitläsion der Pyramidenbahn.

Von den übrigen Symptomen, die wir im klinischen Teil dieser Arbeit vorläufig als psychotische Erscheinungen leichterer oder schwerer Art zusammengefaßt haben, kann vielleicht ein Teil ebenfalls auf die Störung subkortikaler Mechanismen zurückgeführt werden, ohne daß eine Erkrankung der kortikalen und transkortikalen Systeme selbst angenommen werden müßte.

Bekanntlich hat *Meynert* die subkortikalen Ganglien als Koordinationszentren für die automatischen und Ausdrucksbewegungen angesprochen. Eine Bestätigung dieser Ansicht lieferte *Nothnagel* mit dem Nachweise des Ausfalls der mimischen Ausdrucksbewegungen bei Sehhügelerkrankungen. Auch die Beobachtung *Eisenlohr*s (gesteigerte, unwillkürliche Ausdrucksbewegungen — Lachen und Weinen — bei Herden gleicher Lokalisation) läßt sich mit der *Meynert-Nothnagel*schen Anschauung verbinden. *v. Bechterew*[1]) suchte diese Auffassung durch Tierexperimente zu begründen. An *Meynert*s Lehre knüpft auch *Anton*s Choreatheorie an, indem *Anton* die choreatischen Bewegungen als Ausdrucksbewegungen betrachtet und einer krankhaft gesteigerten Funktion der Sehhügel entspringen läßt.

Die Zusammenfassung von Einzelmuskelleistungen zu den Bewegungskombinationen und Bewegungsfolgen, welche die Ausdrucksbewegungen darstellen, hat zur Voraussetzung, daß in den fraglichen Koordinationszentren zahlreiche sensible Anregungen zusammenströmen, sich verbinden und gegenseitig beeinflussen. Die Koordination der Muskeln ist nur der Ausdruck dieser Verknüpfung sensibler Anregungen. Welche sensiblen Anregungen dies sind, ist im einzelnen noch nicht bekannt. Da in den Ausdrucksbewegungen einfache Haut- und Schleimhautreflexe, Reflexe der glatten Muskulatur im Darmtrakt, den Genitalien und anderen inneren Organen, ferner Reflexe des Gefäßsystems und der Drüsen in höheren Kombinationen enthalten sind, kommt die Sensibilität dieser Organe wesentlich in Betracht. Vielleicht gibt es besondere Gefühlsinneserregungen und Aufnahme-

---

[1]) Virchows Archiv Bd. 110.

apparate, die mit den Schmerzsinnesorganen *v. Freys* identisch sind. Aus dieser Ansicht heraus entwickelt *Ed. Forster*[1]) seine Theorie der Affekte.

Mit der Annahme eines Zusammenflusses der Sinneserregungen, welche in den Gefühlen und Affekten enthalten sind, und einer Koordination der Ausdrucksbewegungen in den basalen Ganglien stimmt es sehr gut überein, daß bei Thalamuserkrankungen Störungen der Gefäßinnervation, des Pulses, der Schweißsekretion vorkommen.

Nach *v. Bechterew* ist auch der Zusammenhang der Genitalorgane, des Darms und anderer innerer Organe mit den subkortikalen Zentren wahrscheinlich.

Die Funktionsbeziehungen zwischen der Hirnrinde und den subkortikalen Zentren der Gefühle und Affekte würden dann so zu denken sein, daß die Hirnrinde die schon subkortikal weitgehend koordinierten Ausdrucksbewegungen anregt und feiner ausgestaltet, und daß andererseits die Hirnrinde sensible Erregungen bestimmter Qualität (psychologisch: die Affektsensationen) erst in einer durch die subkortikale, Zusammenfassung bestimmten Eigenart vermittelt bekommt.

Die gemütlichen Verstimmungen leichterer Art, welche die Chorea minor so außerordentlich oft begleiten, können daher vielleicht bis zu einem gewissen Grade so erklärt werden, daß die Störungen in den subkortikalen Stationen der Gefühle und Affekte krankhafte Gefühlsreize entstehen lassen und der an sich nicht geschädigten Hirnrinde zuleiten und so die plötzlichen Sensationen des Schrecks, der Angst, des Zornes, der unmotivierten Heiterkeit bedingen. Auch der Mangel an gemütlicher Regsamkeit, der gewiß oft eine Teilerscheinung der allgemeinen Bewegungsverminderung vieler Choreatischer ist, mag zum Teil auf einem durch die subkortikalen Krankheitsprozesse bedingten Ausfall von Gefühlsempfindungen beruhen.

Auf der motorischen Seite ist das explosive unmotivierte und motivlos wechselnde Lachen und Weinen mancher Choreatiker vielleicht zum Teil ein subkortikales Phänomen, vergleichbar dem von *Eisenlohr* bei Thalamuserkrankungen beobachteten unwillkürlichen Lachen und Weinen, das entweder auf einer Reizung der entsprechenden subkortikalen Mechanismen oder auf einem Ausfall wechselseitiger

---

[1]) Über die Affekte. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. XIX, H. 3.

Regulationen beruhen könnte. Allerdings darf man mit diesem Erklärungsversuch nicht zu weit gehen, da in den meisten Fällen, welche derartige gesteigerte Ausdrucksbewegungen zeigten, noch andere, sicher psychotische Symptome vorhanden waren (Angstvorstellungen, maniakalische, hyperkinetische Symptome). Es ist daher auch möglich, daß diese motivlosen Ausdrucksbewegungen kortikalen oder transkortikalen Funktionsstörungen entsprangen.

Die Verarmung an automatisch-mimischen Bewegungen, besonders in den den choreatischen Zuckungen folgenden Krankheitsstadien, zum Teil aber auch schon während der Phase der choreatischen Bewegungen, kann direkt der *Nothnagel*schen mimischen Lähmung bei Thalamuserkrankungen verglichen werden. Darüber hinaus sahen wir oft einen Ausfall an Spontaneität überhaupt und beschrieben am Eingang dieser Arbeit Fälle, welche zeitweilig, ohne daß Lähmung oder Ataxie im engeren Sinne (Lösung von Synergien) dies erklärten, einfach akinetisch waren. Die Motilität (einschließlich der Sprache) schien längere oder kürzere Zeit Bewegungsanregungen gegenüber nicht ansprechbar. Es handelte sich um Fälle ohne sonstige psychische Störungen, so daß ein Nichtwollen ausgeschlossen war. Auch diese Akinesen dürften subkortikaler Genese sein und ebenso wie die Zuckungen, die Hypotonie und die Ataxie im engeren Sinne auf dem Ausfall oder einem ungeregelten Zufließen der die Bindearm-Thalamusbahn passierenden Erregungen beruhen. Da sich in dieser Ausfallserscheinung wesentlich eine Innervationsstörung der Hauptagonisten ausspricht, wird man zu der Ansicht gedrängt, daß die auf der Bindearm-Thalamusbahn dem Großhirn zuströmenden Merkmale gerade für die Innervation der Hauptagonisten von wesentlicher Bedeutung sind. Dies wäre nur die Ergänzung von Überlegungen, die *Mann* [1]) in seiner Theorie der zerebellaren Hemiplegie entwickelt. Er glaubt, daß die Kleinhirnparesen mit durch den Ausfall der das Kleinhirn passierenden sensiblen Merkmale bedingt sind, den von ihm sogenannten Innervationsmerkmalen aus den Sinnesorganen der Muskeln selbst. Dieselben Erregungen, deren rindenwärts gerichteter Strom in *Manns* Fällen innerhalb des Kleinhirns unterbrochen war, müssen natürlich auch durch Herde im Verlaufe des Bindearms und seiner zentralen Fort-

---

[1]) Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. XII.

setzung unterbunden werden können. Und damit stimmt es aufs beste, daß neben den zeitweiligen Akinesen auch Paresen und Lähmungen vom Typus der zerebellaren Lähmung bei der Chorea vorkommen.

Ich glaube, daß die Beobachtung subkortikal bedingter Akinesen bei der Chorea und die hier versuchte Erklärung derselben uns auch im Verständnis der akinetischen Zustände der Geisteskranken fördern wird.

Schließlich ist es möglich, daß auch die Muskelspannungen in den akinetischen Nachstadien der Choreatiker zum Teil nicht eigentlich psychotische — transkortikale — Erscheinungen sind, sondern zum Teil ebenfalls eine subkortikale Begründung haben. Wir erinnern uns, daß die choreatischen Zuckungen selbst oft einen tonischen Charakter haben, daß die Sehnenreflexe oft tonisch verlängert sind. Ich erinnere ferner an die bekannten *Meynert*schen [1]) Fälle mit tonischen Zwangshaltungen bei Herderkrankung der Thalamus bzw. der Haubenregion. Schließlich sind bei Kleinhirnerkrankungen Zwangshaltungen und Muskelspannungen häufig zu beobachten. Ich behalte mir vor, auf diese Erscheinungen und ihre Beziehungen zu den Muskelspannungen der Geisteskranken an anderer Stelle zurückzukommen.

Der subkortikal bedingte Ausfall von automatischen, mimischen und willkürlichen Bewegungen beeinflußt aber auch die Denkvorgänge selbst.

Die Denkvorgänge sind gewiß nicht ausschließlich kortikale Funktionen, sondern von den automatisch-reflektorischen Mitbewegungen des Denkens in gewisser Hinsicht abhängig. Bei der Assoziation einer sprachlichen mit einer optischen und weiter einer taktilen Vorstellung fließen mit der Erregung jedes neuen Sinnessystems auch Erregungen auf die den jeweiligen Sinnesorganen zugeordnete Muskulatur ab. Die dadurch bedingten Einstellbewegungen sind eben die automatischen Mitbewegungen, die Mimik des Denkens. Der durch die subkortikalen Koordinationsstörungen bedingte Ausfall einer großen Zahl solcher Mitbewegungen muß auf die Denkvorgänge schädigend wirken. Die vorstellungsmäßige Reproduktion von Wahrnehmungen wird durch den Wegfall der zugehörigen Orientierungsbewegungen weniger scharf werden, und da durch diese Mitbewegungen normalerweise ständig eine große Menge von Empfindungen sekundär

---

[1]) Klinische Vorl. über Psychiatrie, S. 58 ff.

ausgelöst werden, welche die normalen Denkvorgänge begleiten und in dem, was wir als „Aufmerksamkeit" empfinden, eine wichtige Rolle spielen, wird durch den Ausfall derartiger Empfindungen die Gedankentätigkeit und davon abhängig wieder die Spontaneität der Kranken eine Einbuße erfahren. Ich erinnere daran, daß *Hartmann*[1]) bei der Analyse der Bewegungsstörung der Pseudobulbärparalyse zuerst den nachteiligen Einfluß subkortikaler Ausfallserscheinungen auf die Denkvorgänge klargelegt hat und für die Verarmung des Denkens, die auf solche Weise resultierte, den treffenden Ausdruck „motorischer Blödsinn" gefunden hat.

Abgesehen von dieser ganz unbewußt sich vollziehenden subkortikal bedingten Verminderung der Spontaneität im Denken und Handeln werden die Kranken auch auf Grund der Selbstwahrnehmung ihrer Koordinationsstörungen ihre Spontaneität willkürlich beschränken und sich eventuell gegenüber Bewegungsanregungen ablehnend verhalten.

Auch mit diesem Versuch, die Bewegungsverminderung der Kranken auf subkortikale Störungen zurückzuführen, darf man nicht zu weit gehen. Bei den meisten Fällen, die ein akinetisches Verhalten zeigten, waren noch andere, sicher psychotische Symptome vorhanden, besonders waren viele Kranke bewußt-negativistisch: Die Akinese und der Mutazismus sind dann in allen den Fällen wohl überwiegend psychotisch, in denen sie die choreatischen Erscheinungen um Monate überdauerten. Eine genaue Abgrenzung der subkortikalen und psychomotorischen Akinese für jeden einzelnen Fall kann ich natürlich nicht geben, da die Fälle nach dieser Richtung nicht speziell untersucht worden sind.

Der größte Teil der bei der Chorea vorkommenden psychotischen Symptome ist, wenn auch für den Mechanismus affektiver, intellektueller und psychomotorischer Phänomene subkortikale Funktionsstörungen bis zu einem gewissen Grade herangezogen werden können, nicht aus diesen erklärbar; man muß eine Miterkrankung der kortikalen und transkortikalen Systeme annehmen.

Die verschiedene Gestaltung der psychischen Symptomenbilder würde sich am leichtesten aus einer elektiven Erkrankung der ver-

---

[1]) Zeitschrift f. Heilkunde 1902.

schiedenen in Betracht kommende Systeme oder einer örtlich verschiedenen Intensität der Erkrankung erklären. Anderseits ist die Tatsache, daß einige psychotische Symptome — nämlich die affektiven und psychomotorischen Erscheinungen und die hypochondrischen Sensationen — so sehr im Vordergrund stehen, auch mit der Annahme einer diffusen, örtlich nicht wesentlich verschiedenen Rindenschädigung vereinbar. Man kann sich denken, daß die Funktionen derjenigen kortikalen Systeme am ehesten und deutlichsten abgeändert werden, die in einem besonders engen physiologischen Zusammenhang mit den ebenfalls erkrankten subkortikalen Systemen stehen. Es ist schon darauf hingewiesen, daß krankhafte Reize, welche subkortikal in den sensiblen Anteilen der inneren Kapsel entstehen, auf die hinteren Zentralwindungen übertragen, leicht Gefühlsillusionen und anknüpfende Wahnvorstellungen, wie unsere Kranken sie häufig boten, hervorrufen werden. In ähnlicher Weise werden die assoziativen Komplexe, welche den verschiedenen Affektvorstellungen (besonders Angstvorstellungen) dienen, infolge der subkortikalen Störungen der Affektbewegungen und Affektsensationen besonders häufig und leicht ihrerseits Funktionsstörungen zeigen, die sich z. B. in den ängstlichen oder heiteren Vorstellungen und Wahnbildungen ausprägen. Auch die so außerordentlich oft vorkommenden psychomotorischen Symptome dürften ihre wichtige Rolle zum Teil den innigen funktionellen Beziehungen der psychomotorischen Rindengebiete mit den erkrankten subkortikalen Koordinationszentren verdanken. Die subkortikale Funktionsstörung wird sowohl durch die Übertragung krankhafter Reize wie durch den Ausfall subkortikaler Anregungen und Regulationen Anlaß zu den verschiedenen, teils hyperkinetischen, teils akinetischen Störungen geben können.

Unsere Kenntnisse erlauben uns vor der Hand nicht, diese theoretischen Überlegungen über Lokalisation und Mechanismus der psychischen Symptome bei der Chorea weiter auszudenken.

Ein Fall von Selbstverletzung (Ausreißen eines Auges) im katatonischen Raptus[1].

Von

Dr med. **Hans Wachsmuth,**

II. Arzt der städ. Irrenanstalt Frankfurt a. M.

Krankengeschichte. Frau B., geboren 1866, war vom 29. Juli 1902 bis 11. März 1903, vom 23. Juni 1903 bis 19. August 1903, vom 12. September 1904 bis 26. Oktober 1904 und vom 5. Dezember 1906 bis zu ihrem Tode am 10. Dezember 1906 in der Behandlung der Frankfurter Anstalt.

Nach Angabe des Mannes sollen in der Familie der Frau keinerlei Erkrankungen vorgekommen sein, welche auf erbliche Belastung schließen lassen könnten. Als Kind soll Patientin Rachitis gehabt haben. Sie besitzt zwei Kinder; die Geburt des ersten Kindes wurde mit der Zange beendigt.

Frau B., die bis dahin ganz gesund war, erkrankte plötzlich am 29. Juni 1902 morgens um 4 Uhr, sie ging aus dem Bett, setzte sich auf die Erde und schlug mit den Armen um sich. Dabei machte sie stereotyp immer dieselben Bewegungen. Als der Mann sie in das Bett brachte, blieb sie nicht darin, sondern setzte sich wieder auf die Erde, um die gleichen Bewegungen zu wiederholen. Der Mann brachte sie immer wieder ins Bett, und schließlich blieb sie auch liegen. Sie verhielt sich dann auch etwa 1 Stunde ganz ruhig und normal, sagte zum Mann, er solle nicht böse sein, sie sei doch irre und könne nicht dafür, nur ihr Heiland könne ihr helfen, sie müsse sterben und sage allen Lebewohl. Dann begann dasselbe Spiel wieder. Sie ließ alle Leute im Hause rufen, und als sie da waren, sagte sie: Was wollt ihr denn, mir ist doch gar nichts. Zuweilen faltete sie auch die Hände zum Beten.

Als ihr Mann zu ihr sagte, er wolle sie in die Anstalt bringen, damit sie geheilt würde, war sie einverstanden und ging gern mit. Bei der Auf-

---

[1]) Aus der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. Direktor Dr. Sioli.

nahme sitzt sie in der Droschke mit ekstatischem Gesichtsausdruck und ausgebreiteten Armen. Sie muß aus der Droschke gehoben werden, geht aber dann willig mit auf die Wachabteilung für Ruhige, wird aber dermaßen laut, daß sie auf die Abteilung für Unruhige versetzt werden muß. Auf ihr Bitten wird sie dort in ein Einzelzimmer einquartiert. Bei der ärztlichen Untersuchung liegt sie im Bett mit angezogenen Knien, den Kopf in die Kissen vergraben. ‚Wie heißen Sie?‘ Frau B. (laut jammernd): „Gelt, Sie tun mich nicht mehr da naus?“ ‚War es denn so schrecklich?‘ „Ich weiß nit, ich weiß nit. Gehen Sie nur nit fort (weint, atmet beschleunigt). Lieber Jesus, hilf! Helfen Sie mir doch, Schwester (die explorierende Ärztin)! Wer sind Sie, Schwester? Ach Sie sind der Erzengel, dann helfen Sie mir doch!“ ‚Wie alt sind Sie?‘ „37 Jahre wäre so ungefähr.“ ‚Datum?‘ „Datum? Datum? Datum? (zunehmend laut und schreiend) ‚Jahr?‘ „'s Jahr? 's Jahr? 's Jahr! 1900. Nur keine Ungerechtigkeit!“ ‚Woher?‘ „Ich? Her? Her? Her? Das weiß ich nit.“ ‚Wo geboren?‘ „Geboren, geboren, geboren, ich weiß nit. Was ist für ein Gekreisch?“ ‚Das sind Kranke.‘ „Kranke? Kranke? Oh die armen Leut'. Herr erbarm dich ihrer! Herr erbarm dich ihrer! (schreiend)“ ‚Wo zuletzt?‘ „Zuletzt? Zuletzt? Ich weiß von nix.“ ‚Wo hier?‘ „Hier ist Bockenheim.“ ‚Haben Sie in Bockenheim gewohnt?‘ „Gewohnt? gewohnt? gewohnt? Ich weiß nit, was Sie wollen. Was is das für ein Geschrei!“ ‚Das sind Kranke!‘ „Ach mein Herr und Gott, erbarm dich auch dieser!“ ‚Haben Sie gern gebetet?‘ „Oh ja.“ ‚Sind Sie viel in die Kirche gegangen?‘ „Ich weiß nit. (Streckt sich lang aus, atmet beschleunigt, schlägt mit der flachen Hand auf das Federbett, atmet dann plötzlich wieder ruhig, setzt sich im Bett auf, äußert dann, halb singend, halb schreiend:) „Bleiben Sie bei mir, Schwester, ich sehe schon, was Sie für ein Mann sind. Gehen Sie fort, Schwester.“ (Schreit und heult.) Ich weiß nit, wo ich hier bin. (Wieder ganz ruhig.) Wo bin ich hier?“ ‚Im Krankenhaus.‘ „Das glaub' ich nicht, ich? ich? ich?! (crescendo). Im Krankenhaus.“ ‚Doch!‘ „Doch! doch! doch! (erst schreiend, dann ruhig; starrt in die Luft, streckt die Hände wie zum Segen aus, macht wiegende Bewegungen mit den Armen, schreit plötzlich): Schwester, Schwester, wo bin ich denn?“ ‚Im Krankenhaus!‘ „Nein, nein, ich bin nicht im Krankenhaus, wo bin ich denn?“ ‚Im Krankenhaus!‘ „Ich bin nicht krank!“ (springt auf und setzt sich neben das Bett, starrt in die Höhe und redet leise vor sich hin). ‚Sind Sie aufgeregt gewesen?‘ „Aufgeregt? Das meinen Sie bloß! Gehen Sie nicht fort (ängstlich). Kommen Sie näher! (dann laut schreiend:) Gehen Sie fort, fort.“ ‚Haben Sie Angst?‘ „Vor wem? Angst? Vor wem denn? (Sich ängstlich umsehend, leise:) Gelt, hier im Zimmer ist niemand?“ ‚Niemand außer uns beiden!‘ „Gewiß niemand?“ (Starrt nach der Höhe und macht wiegende Bewegungen mit den Armen. Als die Ärztin das Zimmer verläßt, stößt Patientin ein lautes Angstgeschrei aus, bleibt aber im Hintergrunde des Zimmers zurück.)

Am nächsten Tage kommt sie bei der Hauptvisite mit ängstlichem, verstörtem Gesichtsausdruck aus dem Einzelzimmer, läuft mit ausgebreiteten Armen und gebogen gehaltenen Knien ein paar Schritt vorwärts, dann wieder rückwärts, die Augen weit aufgerissen, den Mund halb geöffnet; macht dabei Gesten, die an Beschwörungen erinnern, dazwischen leise und und unverständlich murmelnd, springt dann mit dem Ausdruck des Schreckens in die Zelle zurück. Ausgeprägte Echopraxie.

31. Juli. Grimassiert viel, sieht starr in die Höhe: „Hisch! husch! Jesus am Kreuze!" Meint dann wieder, sie sei in der Hölle, glaubt ihren Mann gehängt zu sehen.

2. August. Zunehmende Erregung. Schreit und schlägt um sich. Bricht sich einen Zahn aus. Hyoscin-Morphium-Injektion. Danach 46 Pulse. Abends Kochsalzinfusion. Fieber.

3. August. Morgens 39 °. Schlägt und bricht sich noch drei Zähne aus. Wird festgelegt. Kochsalzinfusion. Trinkt viel Milch.

4. August. Kein Fieber mehr. Kochsalzinfusion.

5. August. Patientin verhält sich ziemlich ruhig, spricht öfter vor sich hin: „Mir scheint, ich werde wieder irre." Nahrungsaufnahme gut.

6. August. Vergangene Nacht hat Patientin geschlafen. Am Morgen wurde sie laut, spuckte und schlug um sich. Die Erregung dauerte den ganzen Tag. Sie sang öfter. Die Nacht über sehr unruhig, schlief nur eine halbe Stunde, sang und weinte fast fortwährend. Wunde Stellen an Ellenbogen und Fersen.

7. August. Patientin ist so unruhig, daß sie dauernd festgelegt bleiben muß. Ein Versuch, sie im Bade zu halten, schlug fehl, sie beißt sich und die Pflegerin, ruft dauernd: „Es ist zu spät, es ist zu spät, oben sind die Gerechten!" Sie war sehr widerstrebend und ging immer mit dem Kopf unter das Wasser. Sie mußte daher wieder im Moosbett festgelegt werden. Am Abend stieg das Fieber auf 40 °. Heftiger Schweißausbruch. Patientin lag ruhig und etwas somnolent da. „Ich war ungezogen, ich war aber so nervios. Haben Sie Ihre Frau gesehen? Sie war in dem Bad. Ich wollte in das Bad gehen, weil sie mich für verrückt erklären. Sie haben mir die Beine gebunden, da kann man doch nichts arbeiten. Wie da immer so ein Durcheinander war, hätt' ich gern geholfen. Die Mädchen haben doch so viel anderes zu tun. Ich bin so recht hineingekommen durch Boshaftigkeit. Ich brauch' doch nicht gefesselt zu sein." ‚Alter?' „7 ... 38." ‚Wann geboren?' „66." ‚Monat?' „Januar." ‚Wievielte?' „27." (richtig). ‚Wo geboren?' „Frankfurt" (falsch). ‚Vater?' „Bauersmann in Mannheim." ‚Wo geboren?' „Mannheim" (richtig). ‚Wo waren Sie nach der Schule?' „Ich habe gedient in Frankfurt, Bockenheim, Sachsenhausen." ‚Heirat?' „Vor zehn Jahren." ‚Was ist Ihr Mann?' „Lackierer." ‚Wieviel Kinder?' „Zwei. Ob sie jetzt noch da sind, weiß ich nit, durch den Durcheinander." ‚Was für ein Durcheinander?' „Ja ich mein', weil da alles ein ist gefallen, die Häuser." ‚Was noch?' „Mit

den Tollen, mit den Kranken ist es denn besser?" ‚Was denn?' „Es ist doch so viel heruntergefallen, nicht wahr?" ‚Wo sind Sie hier?' „Hier, ich auch schon die ganze Zeit herum. Ich war im Schwesternhaus. Mein Mann hat da die Heizung gehabt, bei die Schwestern." ‚Wann waren Sie dort?' „Bei die Schwestern war ich früher." ‚Sind Sie krank?' „Ich nicht, aber der Arzt kam immer, ich wäre nit recht im Kopf." ‚Welcher Arzt?' „Sie kommen doch immer?" ‚Wer hat Sie hierher gebracht?' „Weiß ich nicht." ‚Nicht Ihr Mann?' „Nein." ‚Welches Jahr haben wir?' „Ich will mich mal besinnen. Januar, Februar, März, April, Mai, — ich glaub' August." ‚Welches Jahr?' „1900 — 20. — 17. Mai — Mai. Mein Kopf ist ganz durcheinander — 66 — 27 — 66 bin ich geboren." ‚Welches Jahr haben wir?' „1902." ‚Datum?' „5. August." ‚Sind Sie krank?' „Ja, es scheint mir so. So furchtbar aufgeregt, so fest zusammengeschnürt, die ganzen Kräfte zusammengeschnürt." ‚8 × 8?' „24, nicht wahr?" ‚3 × 17?' „14 — 21, nicht wahr?" ‚8 — 3?' „6, nicht wahr?" ‚12 : 3?' „12 × 3." ‚3 + 4?' „4 + 3 = 7."

9. August. Patientin ist ruhiger, unterhielt sich mit ihrem Mann.

10. August. Kein Fieber mehr.

11. August. Nachmittags erregt, sang und weinte, wollte aus dem Bett, hörte singen und sah Räuber.

12. August. Glaubte, es sei etwas im Bett, und suchte beständig, wollte aus dem Bett.

13. August. Patientin meint, der Teufel sei in ihrem Bett, glaubt, das Bett fiele in den Keller. „Geben Sie acht, daß Sie nicht fallen, es ist ein abscheulicher Platz hier. Gnädiger Gott, da bin ich hingerichtet — ei, verrückt bin ich, jetzt ist alles vorbei. In einem Stall bin ich, wo ich gar nicht hineingehöre."

18. August. Da Patientin der Kochsalzinfusion großes Widerstreben entgegensetzt, werden die täglichen Infusionen eingestellt. Patientin kommt ins Dauerbad, halluziniert da sehr viel.

23. August. Ruhig, gespannter Gesichtsausdruck. Fragt man sie nach ihrem Befinden, so bekommt man Antworten wie: „Ich weiß nicht, was Sie von mir wollen; Sie sagen als, da oben wär' die Hölle, und unten rufen Pfarrer. Ich kenn' mich selbst nicht aus." Sagt dies in weinerlichem Ton. Nahrungsaufnahme gut. Die Wunden heilen.

12. September. Ängstlich gespannter, ratloser Gesichtsausdruck. Patientin gibt an, sie höre von oben Rufen und Singen, als wenn es Engel wären. Es kommt ihr alles so anders vor, die Gegenstände scheinen hier auf dem Kopf zu stehen. Die Decke sieht aus, als wäre sie der Fußboden. Patientin weiß gar nicht, wo sie ist. Ihre Angehörigen erkennt sie, ebenso den Arzt und die Pflegerinnen. Gegenstände bezeichnet sie richtig.

24. September. Seit gestern wieder sehr erregt, drängt blind fort, hat einen entsetzten Gesichtsausdruck, ist oft nur im Isolierzimmer zu halten. Will man irgend etwas mit ihr unternehmen, so wehrt sie sich mit

großer Energie und Zähigkeit; beißt, kratzt, schreit. Hört, wie ihr zugerufen wird: „Fest! fest!“

25. September. Hat die letzte Nacht im Isolierzimmer einen Strangulationsversuch mit ihrem Haar gemacht. Kam ins Bad, war jedoch nicht darin zu halten, wurde eingepackt. Auch in der Packung sehr unruhig, muß beständig beaufsichtigt werden, weil sie sich umherwälzt, den Kopf gegen die Wand rennt.

27. September. Sitzt ruhig im Bette, mit gespanntem, starrem Gesichtsausdruck, spricht nicht, verweigert die Nahrung. Keine Katalepsie. Ab und zu springt sie plötzlich aus dem Bette, läuft rasch nach dem Korridor, widerstrebt dann sehr, wenn sie zurückgeholt wird, macht Anstalten, sich kopfüber aus dem Bette zu stürzen. Bringt man sie dann ins Bad, so bleibt sie nicht darin, wehrt sich mit größter Zähigkeit, beißt, kratzt — alles, ohne etwas zu sagen.

3. Oktober. Seit einigen Tagen sind die momentanen Erregungszustände ausgeblieben. Patientin liegt jetzt in einer ruhigen Wachabteilung, ißt wieder, und zwar mit größter Hast, alles, was sie erreichen kann; sie nimmt anderen Kranken das Essen weg, indem sie plötzlich in größter Gier danach greift.

5. Oktober. Unverändert. Fragt heute, ob sie wirklich Häuser eingerissen habe. Draußen vor'm Fenster habe es jemand gesagt.

11. Oktober. Im wesentlichen unverändert. Verhält sich ruhig, liegt im Bette, ißt reichlich, aber nicht mehr so gierig wie vor einigen Tagen. ‚Hören Sie noch Stimmen?‘ „Ei ja, ich hör' ja als so Sachen um mich herum. Einmal schreien sie Hur', und dann ist's aber wieder, als wär' jemand anders gemeint.“ Die Besserung schritt nun fort, so daß sie am 11. März 1903 aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Nach der Entlassung ging es gut. Patientin kam dem Haushalt regelmäßig nach, besorgte die Kinder gut. Hier und da äußerte sie, die Leute wüßten ihre Gedanken. Am 21. Juni 1903 erklärte sie plötzlich, sie könne nicht mehr arbeiten. Sie stand da, sah in eine Ecke, setzte sich, lief dann wieder an die Arbeit; so ging es hin und her. Nachmittags warf sie sich auf die Erde, sagte, es sei ihr gewesen, als müsse sie sich hinfallen lassen, sang dann: „Lieber Gott, erlöse meinen Mann und meine Kinder.“ Nachher gab sie auch an, es habe in ihr gesungen aus dem Ohre heraus. In der Nacht vom 21. zum 22. Juni 1903 schlief sie nicht. Sie erzählte am andern Morgen ihrem Manne, sie habe in der Nacht einen Purzelbaum geschlagen, vielleicht könne es dann in ihrem Kopf anders werden, sie könne dadurch ihren Mann erlösen. Dies habe sie einem ihr erzählten Beispiel nachgemacht, wonach eine Geisteskranke durch einen Sturz aus dem Fenster über das Gartengeländer von ihrer Krankheit befreit worden sei.

Am 22. Juni lag sie zu Bett. Am 23. Juni morgens ging sie triebartig zweimal ans Fenster, der Mann mußte sie zurückholen. Dann faßte sie später ein Messer, machte eine Bewegung und legte es weder hin.

Nachher meinte sie, es sei so an sie gekommen, als wenn sie durch ein Fenster müßte. Beim Ergreifen des Messers wäre es auch so wie ein Zucken an ihr gewesen.

Die letzten beiden Tage vor der Aufnahme griff sie sich immer an den Hals und zupfte daran, wie sie es bei einer anderen Patientin auf derselben Krankenabteilung gesehen habe.

Über ihren früheren Aufenthalt sprach sie sich so aus: „Es sei schön hier gewesen, nur habe sie das Schreien der andern so aufgeregt, daß sie auch habe schreien müssen. (Sie schrie hier in monotoner Weise oft stundenlang.) Auch daß man sie nachts ins Bad gesetzt habe, habe sie aufgeregt und zum Schreien veranlaßt, sie sei von jeher äußerst schamhaft gewesen. In die Kirche sei sie schon vor ihrer letzten Aufnahme nicht mehr gegangen, da sie über jeden etwas Böses habe denken müssen, das habe ihr so leid getan, zumal sie früher als Mädchen immer das Gegenteil empfunden habe. Bei männlichen Personen sei ihr das Wort „Sauhund", bei weiblichen die Bezeichnung „Schneppe" durch den Kopf gegangen. Wenn der Mann gekommen sei, habe sie denken müssen: „Da kommt der Räuber", und beim Schreien ihrer Kinder: „Schlagt sie tot".

Sie ging nicht mehr allein hinaus, nur Sonntags mit dem Mann zusammen. Im Verkehr mit andern Leuten sei sie sehr einsilbig gewesen, weil sie glaubte, andere wüßten ihre Gedanken.

Am 23. Juni 1903 wurde sie abermals in die Anstalt aufgenommen. Sie liegt mit ängstlichem Gesichtsausdruck im Bette, sträubt sich zeitweilig gegen die Untersuchung. Sie hat etwas Starres in ihrer Haltung. Die Bewegungen erfolgen bald getrennt, bald plötzlich, ruckweise. Gesicht gerötet. Stirn in Querfalten. Somatisch nichts Besonderes.

‚Wo hier?' „Hier, in Bockenheim."

‚Wie geht es?' „Ich kann nicht hinter sich und nicht vor sich; ich bin ein ganz dicker Berg, ganz dick."

‚Seit wann?' „Das is schon lang her, dann scheint es mir aber auch, als sei ich kein Berg, als wär' ich eine ganz dicke Mumie oder so etwas. Es muß ein Tier in mich hineingefahren sein."

‚Wo ist es?' „Ich sehe keins, es müssen alles Geister sein hier."

‚Ich auch?' „Sie auch."

‚Warum sind Sie hier?' „Ich bin hereingekommen, weil . . . in die Irrenanstalt."

‚Monat?' „Es kann jetzt sein, es kann jetzt sein, es kann jetzt sein, ja, Herr Doktor, wenn ich das wüßte."

‚Welches Jahr?' „Ich bin wieder selbst ein Kind."

‚Wie alt?' „38 Jahre. Ich muß ganz andere Augen haben wie andere Menschen."

‚Wieso sind Sie ein Berg?' „So ist es mir, weil plötzlich soviel Menschen hierher kommen, weil es mir gerade so ist, als wäre ich ein Berg, und doch kann ich mich nicht von der Stelle bewegen."

'Appetit?' „Essen kann ich nicht mehr, ich kann nicht fort, ich muß also furchtbar groß sein. Es wird gar nicht mehr Nacht hier."

'Bilder gesehen?' „Ja, abscheuliche, und doch muß ich kein Mensch sein, muß ich weit fort sein. Ich muß ein ganz dicker Berg sein."

29. Juni. Mehr stuporös. Antwortet nicht. Liegt zusammengekrümmt im Bette, nimmt Nahrung.

29. August 1903. Unverändert. Vom Manne abgeholt.

Nach der Entlassung beschäftigte sie sich zu Hause fleißig; sie besorgte alles, ging auch in Gesellschaft, amüsierte sich; ganz richtig war es aber doch nicht mit ihr, sie hatte immer noch Gedanken: ihr Mann müsse schwer leiden, müsse ihretwegen schwer arbeiten. Wenn sie ihren Mann sah, mußte sie den Gedanken haben: mach, daß Du zum Teufel kommst. Sie klagte selbst darüber, daß ihr derartige Gedanken kämen, und machte sich darüber Vorwürfe. „Daß ich nur wieder würde wie früher, daß ich nur einmal an den Leuten vorbeigehen könnte, ohne die Gedanken zu haben." Seit Anfang September fühlte sie sich komisch in ihren Gliedern, glaubte, ihr Kopf sei ganz auseinandergegangen, klagte auch über Schwindel, schwankte beim Gehen. Sie legte sich dann zu Bett, sprach fast nichts, aß nur mit Nötigung, schlief nicht mehr, äußerte, man täte nicht mehr schlafen. Selbstmordgedanken oder Erregungszustände waren in der Zwischenzeit nicht aufgetreten. Am 12. September 1904 wurde sie dann wieder aufgenommen. Der Anfall verlief diesmal viel milder und schneller, sie war stark gehemmt, stuporös, lag häufig in einem schlafähnlichen Zustande da. Am 26. Oktober 1904 wurde sie abermals entlassen. Zu Hause führte sie den Haushalt wieder gut, hatte aber allerhand Gedanken: ihr Mann sei schlecht, habe nichts gearbeitet, die Kinder seien nichts nutz; dann äußerte sie auch Versündigungsideen, fügte bezüglich der Angehörigen oft hinzu: „Ihr seid ja doch gut." Mitte November 1906 trat eine Verschlimmerung ein. Während Patientin in der Zeit vorher noch lustige Tage hatte, kam sie nun wieder ganz unter die Herrschaft trauriger Gedanken. Sie fühlte, daß es schlimmer wurde, machte selbst den Vorschlag, wieder zur Anstalt zu gehen, damit sie auch wieder andere Gedanken bekäme. Sie hörte Stimmen, die ihr ihre Gedanken zuriefen, die sie beschimpften; es waren Stimmen von unbekannten Leuten. Durch Arbeit wurde sie immer abgelenkt. Keine Erregungszustände, keine Selbstmordgedanken. Nahrungsaufnahme und Schlaf waren regelmäßig. Am 5. Dezember 1906 erfolgte die Wiederaufnahme in die Anstalt. Sie sitzt im Aufnahmezimmer mit gespanntem Gesichtsausdruck, sieht starr vor sich hin, antwortet langsam und einsilbig, folgt willig auf die Wachabteilung.

6. Dezember 1906. Liegt ruhig zu Bett, hat in der Nacht geschlafen, alle Fragen müssen mehrfach wiederholt werden, bis sie sich zu einer Antwort versteht, zeigt leeren, verständnislosen Gesichtsausdruck, scheint in ihren Äußerungen und Bewegungen gehemmt.

,Wo hier?' „Irrenanstalt."
,Früher schon hier gewesen?' „Ich war mal da."
,Weswegen?' „Weil ich krank war."
,Weswegen?' „Ich hatt's im Hirn."
,Weswegen jetzt hier?' „Um gut zu werden."
,Krank?' „Ja."
,Beschwerden?' „Ich hab's im Hirn."
,Heutiger Tag?' „Montag" (falsch).
,Monat?' „Mai" (falsch).
,Jahr?' „1800 " (falsch).
,Fällt Ihnen das Denken schwer?' Schüttelt verneinend den Kopf.
,Traurig?' „Nein."
,Lustig?' „Nein."
,Kennen Sie mich?' „Herr Baumann" (falsch).
,Wie heißt Ihre Oberpflegerin?' „Fräulein Keller" (falsch).
,In welcher Stadt sind Sie hier?' „In Bockenheim" (falsch).
Gibt an, sie habe zwei Kinder. „Die sind auch hier oben."

Stat. somat.: Kleine, mittelmäßig genährte Frau von blassem Aussehen. Pupillen beiderseits weit, rechte reagiert nicht so ausgiebig wie die linke; Zunge weicht nach links ab. Herzgrenzen normal, Herztöne über sämtlichen Ostien dumpf, Patellarreflexe lebhaft, Nadelstiche werden am ganzen Körper „stumpf" angegeben; kein Babinski.

Nachmittags 4½ Uhr: wurde plötzlich erregt, lief aus dem Bett, wurde dorthin wieder zurückgebracht, bekam sodann einen raptusartigen Zustand, riß sich, ehe man sie hindern konnte, das linke Auge mit dem Sehnerven in einer Länge von etwa 3 cm aus, schlug wütend um sich, suchte mit aller Gewalt die Wunde sowie auch das rechte Auge zu bearbeiten, mußte von 4 Pflegerinnen gehalten werden.

Bekam eine Spritze Hyoscin-Morphium, wurde eingepackt, während der Nacht festgelegt. Nachtwache! 2½ mg Hyoscin.

8. Dezember 1906. Gestern und heute sehr unruhig; mußte trotz Zwangsjacke mehrmals Hyoscin erhalten. Nahrungsaufnahme mäßig. Temperatursteigerung bis 39,6. Läßt unter sich; an den Füßen und Unterschenkeln Hautabschürfungen. Befragt, warum sie sich das Auge herausgerissen habe, weiß sie keinen Grund anzugeben. Befindet sich anscheinend in einem deliriösen Zustande. Äußerte: „Ich habe doch gar nichts getan, niemand beleidigt; laßt mich doch los! Ist Herr Doktor da? Macht mir doch die Kolter los! Luise, was ein Vieh! Ludwig! O ja! Geh doch mal her. Mit Händchen und Füßchen gebunden, soll das Kind noch schreien; Schätzchen, komm doch mal her, mein liebes! Warum bist Du am Sonntag nicht nach Praunheim? Adolf! Komm zu mir! Marie! Mariechen! Komm schnell her! Heiliger Gott! Jesus, Maria! Mariechen! Schnell, schnell! Heute mittag bleibst Du zu

Hause. Gebt meinen Kindern Brot, aber sperrt sie nicht ein. Papa! Bleib hier, sonst ist alles durcheinander . . . . . . Gelt, da hinten ist es schön kühl? Horch, wie es eben regnet! Luise, mach mir doch das Bein los, daß ich aufstehen kann; steig einmal hinauf und reich mir die Palme, eil' Dich doch ein bißchen! Hol' Salat! Luischen, komm einmal her! Bekommst auch Kaffee . . . . . . Papa, geh einmal herüber und wirf mir einen Stein her . . . . . . Marie, ist eine Schere da? Geb' sie mir doch, die Knoten abzuschneiden . . . . . . Wir hätten heute früh in den Keller springen müssen, um einige Fläschchen heraufzuholen."

9. Dezember 1906. Die Schwellung der linken Augengegend ist zurückgegangen. Die Konjunktiva des rechten Auges ist noch etwas geschwollen. Ophthalmoskopisch zeigt das rechte Auge keine Veränderung. Patientin vermag Gegenstände, die in einer ihr bequemen Blickrichtung gehalten werden, zu erkennen und richtig zu bezeichnen Aussehen zyanotisch. Digalen, Sekt. Pneumonie.

10. Dezember 1906. Morgens 5 Uhr Exitus letalis.

Die am gleichen Tage vorgenommene S e k t i o n ergab eine Lungenentzündung als Todesursache. Das Hirngewicht war gering, es betrug 1130 g. Das Ependym der Ventrikel war glatt. Irgendwelche meningitischen Reizerscheinungen, welche von der Orbita des herausgerissenen Bulbus hätten ausgehen können, bestanden nicht.

Der herausgerissene Bulbus zeigte an den Muskelstümpfen glatte Durchtrennungsstellen, als wenn er operativ entfernt worden wäre.

Axenfeld hat in seiner Arbeit: „Über Luxation, Zerstörung und Herausreißung des Augapfels als Selbstverstümmelung bei Geisteskranken" (Zeitschrift für Augenheilkunde, Februar 1899, Bd. I S. 128 ff.) die in der Literatur bekannten neun Fälle über Selbstverstümmelung der Augen zusammengestellt und noch fünf weitere Beobachtungen hinzugefügt. Er hat selbst an der Leiche Studien über den Mechanismus dieser Selbstverstümmelungen angestellt und kommt zu dem Resultat, daß es als erwiesen anzusehen ist, daß sämtliche in der Literatur sich findenden Fälle von Avulsio bulbi durch bloßes Herausreißen erklärbar sind. In unserem Falle würde alles für diese Anschauung sprechen.

Über die Zeit, welche man braucht, um ein Auge herauszureißen, hat *Axenfeld* Angaben gemacht, die sich mit der Erfahrung decken, die wir an unserem Falle gemacht haben. Er sagt: „Das Herausreißen gelingt unter passenden Bedingungen in ganz kurzer Zeit; ich selbst brauche kaum eine Minute, und wahrscheinlich kann es noch weniger sein.

Daß die Luxation momentan gelingen kann, ist zweifellos, und für die Zerstörung erscheint mir dasselbe nicht ausgeschlossen. Man muß aber a priori zugeben, daß die Zeit ebenso wie der Grad nach den oben geschilderten Verhältnissen verschieden sein kann. Die Verletzung kann jedenfalls sehr schnell geschehen; ich habe auch nicht gezögert, als in einem Falle die Frage an mich herantrat, weil vom Vater des Patienten Vorwürfe zu befürchten waren, in diesem Sinne zu antworten. Wir können den Wärter höchstens nur dann verantwortlich machen, wenn er verpflichtet war, ununterbrochen am Bett des Kranken zu wachen."

Ich möchte auf Grund unserer Beobachtung sogar bezweifeln, ob eine Person allein unter allen Umständen imstande ist, einen anderen daran zu verhindern, sich das Auge herauszureißen; nachdem unsere Kranke sich das eine Auge ausgerissen hatte, suchte sie sich das andere ebenfalls auszureißen, und es bedurfte der schweren Anstrengungen von vier Pflegerinnen, um sie daran zu hindern; ferner spricht die Tatsache des Hakelns dagegen: wenn es gelingt, einem anderen das Auge auszuhakeln, der sich mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln dagegen sträubt, so müßte es zuweilen auch gelingen, sich selbst das Auge zu luxieren oder auszureißen, trotzdem man von einem anderen daran gehindert wird, zumal ja nur eine Hand dazu nötig ist, sich ein Auge auszureißen, und, um diesen Gewaltakt zu verhindern, erforderlich ist, daß Kopf und beide Hände fixiert werden.

Axenfeld schreibt weiter: „Der Trieb zur Selbstverstümmelung, besonders die Beständigkeit des Triebes, ist nicht bei allen der gleiche. Während der eine unter dem Eindruck sehr schreckhafter Halluzinationen, schwerer Versündigungsideen oder aus nicht klargestellten Ursachen mit furchtbarer Gewalt vorgeht, arbeit ein anderer mit mäßiger Kraft längere Zeit (ein 50 jähriger Paralytiker aus der Wahnidee heraus, sich militärfrei zu machen), ja, der Versuch kann sogar spontan abgebrochen werden. Es wird nicht immer möglich sein, bei nicht völlig durchgeführter Avulsio unter diesen vielen Motiven eine sichere Wahl zu treffen."

Wie steht es in unserem Falle mit den Motiven?

Vor allem muß davor gewarnt werden, für alle die Handlungen der Kranken, Ausbrechen von Zähnen, Strangulationsversuch, aus dem Bett stürzen, Rennen mit dem Kopf gegen die Wand, Unter-

tauchen im Wasser, Ausreißen des Auges, gewaltsam nach Motiven zu suchen oder durch unsachgemäßes Fragen nachträglich Motive zu konstruieren, die dann von den Kranken angenommen werden. So zum Beispiel könnte man für das Ausreißen des Auges ein Motiv aus einer Äußerung der Kranken vom 23. Juni 1903 konstruieren. „Ich muß ganz andere Augen haben, wie andere Menschen.“ Man könnte ja auch meinen, die Kranke habe sich mit ihrem Haar zu erdrosseln versucht, im Wasser untergetaucht usw., um sich das Leben zu nehmen. Natürlich lassen sich diese Motive nicht ausschließen, aber es spricht doch so manches dagegen, wenn man das gesamte Krankheitsbild ins Auge faßt.

Meines Erachtens ist gerade für diese Gewaltakte das Fehlen aller Motive, das Triebartige charakteristisch. Die Kranke hat, wie der Ehemann jedesmal in der Anamnese hervorhebt, niemals Lebensüberdruß oder Selbstmordabsichten geäußert. Nach dem Grunde gefragt, weshalb sie sich das Auge ausgerissen habe, antwortet sie: „Ich weiß nicht.“

Die von *Axenfeld* angeführten Beispiele sind leider zu kurz angeführt, um absolut sichere klinische Diagnosen darauf aufbauen zu können, aber so viel scheint auch aus diesen wie aus dem vorliegenden Falle hervorzugehen, daß es gerade die Kranken mit Muskelsinnestäuschungen, mit Gedankenlautwerden sind, die in jeder Hinsicht so unberechenbar sind, die auch zu diesen Gewaltakten neigen, die das Gefühl einer ihrem Ich fremden Gewalt in ihrem Körper haben und die es je nach ihrem Anschauungsvermögen beschreiben. Es ist Gott oder der Teufel, der etwas befiehlt oder verbietet, was man dann tun muß oder gerade nicht tut, und ähnliche Angaben, die man immer wieder hört.

Sehr lehrreich ist nach dieser Richtung der von *Axenfeld* veröffentlichte Fall 4, ein 33 jähriger Landwirt, der wegen manischer und melancholischer Verstimmungen wiederholt in der Irrenanstalt war, im Juni 1896 plötzlich an Melancholie und Angstzuständen erkrankte und wieder in die Anstalt kam, nachdem er seine Schwester gewürgt und die Eltern mit der Sense bedroht hatte. Er lag ruhig im Bett, sprang dann plötzlich auf, suchte den Pfleger zu würgen, wurde isoliert. In der Nacht wurde der Pfleger, der ihn noch kurz vorher anscheinend schlafend im Bett liegen gesehen hatte, durch ein Geräusch aufmerksam. Er fand den Patienten blutüberströmt am Boden liegen, er hatte sich beide Augen herausgerissen. Auf die

Frage, warum er das getan habe, äußerte er: „Es ist mir befohlen worden", späterhin: „Es wurde mir zuerst befohlen, nicht Hand an mich zu legen, und da habe ich es doch getan; es war eben Gottes Stimme, die mir das befahl. Früher hatte die Stimme auch gerufen, ich müßte hängen, es müßte geschehen sein, bis die Uhr schlüge. Das habe ich auch getan, und da wurde es mir ganz dunkel. Dann kamen aber die Wärter und machten mich ab. Gerade so war es mit den Augen. Wenn ein Kind zur Welt kommt, muß zugegriffen werden, um es herauszuholen, auch, wenn es wehtut. Gerade so war es auch mit den Augen. Als ich es getan hatte, sagte die Stimme, ich solle die Augen rasch wieder hereinmachen, ehe jemand käme und sie abschnitte. Ich habe sie dann wieder unter die Lider getan und mit dem Wasser bestrichen, das ich gelassen hatte, weil ich gelernt hatte, der Herr Jesu habe die Blinden sehend gemacht, wenn er ihnen seinen Speichel auf die Augen strich.

In unserem Falle haben wir ebenfalls zahlreiche Elemente, die darauf hinweisen, daß das Symptom des Gedankenlautwerdens eine große Rolle im Krankheitsbilde spielt. Die Kranke glaubt, es sei ein Tier in sie gefahren, sie sei ein Tier, sie sei fest zusammengeschnürt, die Gegenstände ständen auf dem Kopf, sie sei hingerichtet, der Teufel sei in ihrem Bett, es habe in ihr gesungen, aus dem Ohre heraus. Beim Schreien der Kinder habe sie denken müssen: „Schlagt sie tot." Wenn der Mann kam, müßte sie denken: „Da kommt der Räuber." Sie fühlt sich komisch in ihren Gliedern, sie sei ein ganz dicker Berg, andere Leute wüßten ihre Gedanken usw. Es mag dies auch mit eine Komponente für ihre Ratlosigkeit abgegeben haben, die sich darin ausspricht, wenn sie sagt, sie sei irre, sie könne nichts dafür, nur ihr Heiland könne ihr helfen, sie müsse sterben usw.

So traurig der vorliegende Fall ist, so bietet er doch viel Lehrreiches, auch in der Richtung der Therapie. Es gibt immer noch einige wenige Fälle, wo sich alle unsere therapeutischen Maßnahmen erschöpfen und das No restraint versagt, so daß wir ex indicatione vitali gezwungen sind, die mechanische Beschränkung anzuordnen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

123. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 22. Juni 1907.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Berlin, *Benda*-Berlin, *Birnbaum*-Herzberge, *Boedeker*-Schlachtensee, *Brodmann*-Berlin a. G., *Bratz*-Wuhlgarten, *Doinikow*-St. Petersburg a. G., *Eicke*-Herzberge, *Falkenberg*-Herzberge, *Försterling*-Landsberg a. W., *Frank*-Berlin a. G., *Franke*-Buch a. G., *Gock*-Landsberg a. W., *Guttstadt*-Berlin, *Henneberg*-Berlin, *Jacobsohn*-Berlin, *Junius*-Buch, *Kalischer*-Schlachtensee, *Klipstein*-Herzberge, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Levy*-Buch a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Lipschitz*-Berlin a.G., *Loewenstein*-Herzberge a. G., *Moeli*-Herzberge, *Nikitin*-St.-Petersburg a. G., *Pelz*-Berlin a. G., *Placzek*-Berlin, *Reich*-Herzberge, *Sander*-Dalldorf, *Salinger*-Buch a. G., *Schayer*-Dalldorf a. G., *Schmidt*-Herzberge, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schulz*-Berlin a. G.,[1] *Schuster*-Berlin, *Seiffer*-Berlin a. G., *Skierlo*-Potsdam, *Stanilowsky*-Moskau a. G., *Teller*-Schlachtensee, *Veit*-Wuhlgarten, *Vieregge*-Buch a. G., *Vorkastner*-Berlin a. G., *Weiler*-Westend, *Werner*-Buch, *Zendig*-Buch a. G., *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Neu eingetreten: Herr Dr. *Schuster*-Berlin, Herr Dr. *Teller*-Schlachtensee.

Am Vorstandstisch: *Gock, Laehr, Moeli, Sander, Ziehen.*

Vorsitzender: *Ziehen.*

Vom Vorsitzenden wird die Einladung zu dem vom 2. bis 7. September d. J. zu Amsterdam stattfindenden Kongreß für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege mitgeteilt und dabei dringend befürwortet, daß der Verein eines der Mitglieder mit der Vertretung beauftrage. Von der Wahl eines Vertreters wird zunächst Abstand genommen, und es werden die Kollegen, die sich entschließen sollten, an dem Kongreß teilzunehmen, gebeten, hiervon dem Vorstand Mitteilung zu machen.

Der Kassenführer legt Rechenschaft über die Führung der Kasse. Die Rechnung ist vorher von den Mitgliedern *Marthen* und *Försterling*

geprüft und richtig befunden worden. Es wird daraufhin dem Kassenführer die erbetene Entlastung erteilt.

Es wurde in Anregung gebracht, der zum Gedächtnis des verstorbenen Kollegen *Möbius* in Leipzig zu begründenden Stiftung eine Zuwendung aus der Vereinskasse zu machen. Eine solche wird in Höhe von 60 M. beschlossen.

Bei der nun vorgenommenen Vorstandswahl wurden die bisherigen Mitglieder *Gock*, *Laehr*, *Moeli*, *Sander*, *Ziehen* durch Zuruf wiedergewählt.

Diskussion über den in der Sitzung am 16. März 1907 von Herrn *Lipschitz* gehaltenen Vortrag: Über aberrierende Bündel bei Fazialislähmung.

Herr *Reich*-Herzberge (mit Demonstration mikroskopischer Präparate): Der von dem Herrn Vortragenden demonstrierte Versuch ist als eine sehr wichtige neue Tatsache der Neurologie, ich möchte sagen, als ein neurologischer Fundamentalversuch zu erachten. *Reich* möchte ihn in seiner Bedeutung den bekannten *Bethe*schen Versuchen an Nerven an die Seite stellen und glaubt, daß jeder, der sich für die Neuronenfrage interessiert, zu demselben Stellung nehmen muß. Soweit der Herr Vortragende annimmt, daß aus diesem Versuche hervorgeht, daß der neugebildete Nerv sich auf anderen Bahnen entwickeln kann als der ursprüngliche, wird man ihm ohne weiteres beipflichten müssen. Ob nicht aber Zweifel an der Richtigkeit der Neuronenlehre wenigstens in ihrer strengen Form trotzdem möglich sind, muß doch noch dahingestellt bleiben. Es sind wesentlich zwei Theorien gegenüber der Neuronenlehre aufgestellt, die oft nicht scharf genug voneinander getrennt werden, und die doch miteinander im Grunde wenig oder gar nichts gemein haben. Die eine Theorie will den nervösen Zellen jede hervorragende Bedeutung im nervösen Geschehen absprechen und läßt den nervösen Prozeß sich in der Hauptsache oder allein abspielen in einem nervösen Fibrillengitter. Neuerdings erst ist diese Anschauung beispielsweise von dem Wiener Physiologen *Kassowitz* in aller Schärfe in einem theoretischen Gebäude durchgeführt worden. *K.* geht so weit, daß er in den Ganglienzellen und ihren Kernen nur die Organe der Vererbung sieht. Ganz verschieden davon ist eine andere Theorie, die insbesondere mit den Verhältnissen der peripheren Nerven sich beschäftigt und daher gerade für das von dem Herrn Vortragenden angeschlagene Thema besonders in Betracht kommt, eine Theorie, die den zelligen Aufbau des Neurons durchaus nicht leugnet, die aber die einzelne Nervenfaser nicht wie die strenge Anschauung der Neuronenlehre als einen aus der zentralen Ganglienzelle ausgewachsenen Achsenzylinder, sondern als ein aus einer Kette perlschnurartig aneinander gereihter nervöser Zellen ansieht. Diese letztere Theorie ist schon ziemlich alt. Sie ist ursprünglich auf entwicklungsgeschichtlichem Boden erwachsen und auf das lebhafteste diskutiert,

von namhaften Forschern befürwortet, von anderen mindestens ebenso namhaften Forschern bestritten worden, wobei selbst ein und derselbe Forscher seine Anschauungen — es sei erinnert an *Dohrn* — gelegentlich völlig geändert hat. *Reich* möchte der Ansicht Ausdruck geben, daß der Grund dieser Meinungsverschiedenheiten wohl zum größten Teil daran liegt, daß es überaus schwer ist, im embryonalen Zustand an der einzelnen in fremdem Gewebe befindlichen Zelle mit Sicherheit zu bestimmen, dies ist eine Bindegewebszelle, dies ist eine Muskelzelle, dies ist eine Nervenzelle. Erst wenn wir die voll entwickelten Organe in ihrer charakteristischen Ausbildung vor uns haben, sind solche Verwechslungen nicht mehr möglich. Es hat sich nun durch *Reichs* Untersuchungen über die Protagon und Myelinstoffe ergeben, daß tatsächlich die Zelle der peripheren Nerven im voll entwickelten Zustande genau so charakteristische Eigentümlichkeiten besitzt, wie etwa die zentrale Ganglienzelle oder die Muskelzelle. Ebenso wie die zentrale Ganglienzelle in den *Nissl*schen Granulationen eine durchaus charakteristische Struktureigentümlichkeit zeigt, konnte *Reich* [1] [2]) nachweisen, daß auch die periphere Nervenzelle eine eigene, nur für sie charakteristische Körnung besitzt, die *R.* als π (protagonartige) -Granulation bezeichnet. *R.* hat ursprünglich diesen neuen Befund mit einer gewissen Skepsis betrachtet. Er hielt es zunächst für möglich, daß die fragliche Granulation nicht eine normale Erscheinung, sondern vielleicht eine Alterserscheinung oder ein Zeichen pathologischer Natur sei. Nachdem aber weitere Forschungen zeigten, daß diese Granulation in den Zellen der menschlichen Nerven etwa vom vierten Lebensjahre ab sich regelmäßig findet, wenigstens an allen gut ausgebildeten und dickeren Fasern, und daß sie auch bei Tieren vorkommt, kann wohl kein Zweifel sein, daß hier eine spezifische Struktur der peripheren Nervenzelle aufgedeckt ist. Weiterhin konnte *Reich* durch besondere Methoden mikroskopischer Art nachweisen, daß diese Zellen, die man bisher unter der Bezeichnung der Zellen der Schwannschen Scheide zum Bindegewebe rechnete, auch sonst einen komplizierten Bau besitzen und tatsächlich mit den Bindegewebscheiden der Nerven nichts zu tun haben, sondern daß sie, ebenso wie die Sarcolemmkerne der quergestreiften Muskelfaser zum Muskel, zur Nervenfaser selbst gehören und zwar speziell zum sogenannten Neurokera-

[1]) *Reich*: Über die feinere Struktur der Zelle der peripheren Nerven. Deutscher Verein für Psychiatrie, 28. und 29. April 1905. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1905, S. 620.

[2]) *Reich:* Über den zelligen Aufbau der Nervenfaser etc. Journal f. Psych. und Neurol. Leipzig 1907, S. 244.

tingerüst der Faser und zur Neurokeratinscheide des Achsenzylinders in Beziehung stehen, so daß jedes einzelne interannuläre Segment dem Territorium einer solchen Zelle entspricht. Es zeigt sich danach der erwachsene Nerv deutlich als bestehend aus einer Kette zahlreicher Zellen. Das Neuron ist danach nicht als eine einzelne Zelle, sondern als ein vielzelliges Organ aufzufassen. Die Ganglienzelle stellt das Endglied einer langen Kette nervöser Zellen dar. Ihr kommt immer noch eine besondere Bedeutung zu, insofern sie im Gegensatze zu der peripheren Nervenendigung ein besonders kompliziertes Endorgan des Nerven vorstellt. Wenn *R.* auf Grund dieser Untersuchungen geneigt ist, der Zellkettentheorie sich zuzuneigen, so kommen wir jetzt zu der Frage, ist das Ergebnis der Versuche zutreffend? R. glaubt nun weiterhin, daß die Zellkettentheorie, die nunmehr nach seinen Befunden auf dem Boden realer histologischer Tatsachen steht, mit dem Untersuchungsergebnis des Herrn Vortragenden nicht unvereinbar ist. Wenn tatsächlich ein Auswachsen der Faser, wie es das Experiment des Herrn Vortragenden zu beweisen scheint, vorkommt, so braucht dieses Auswachsen durchaus nicht, wie der Herr Vortragende anzunehmen scheint, ein Auswachsen des Achsenzylinders der Ganglienzelle zu bedeuten, sondern es könnte auch die neue Faser sich ableiten aus der Zellkette des zentralen Stumpfes. Es geht aus dieser Erwägung hervor, daß der Neuronenstreit durch das pathologische Experiment des Herrn Vortragenden doch noch nicht in so hohem Maße entschieden ist, als der Herr Vortragende meint. Er wird doch schließlich endgültig ausgefochten werden müssen auf anatomischem Gebiete. *Reich* würde sich freuen, wenn seine heutigen Bemerkungen Anlaß dazu gäben, daß diejenigen Herren, die zufällig anatomisches Material aus solchen Fällen, wie sie der Herr Vortragende demonstriert hat, in die Hände bekommen, auf die hier erörterten Verhältnisse besonders achten würden. Sollten sich die spezifischen Nervenfaserzellen in den neugebildeten Fasern finden, so würde das eine weitere Stütze für die Zellkettentheorie sein können; wenn sie sich nicht finden, so wird man immer noch daran denken müssen, daß ja eben nur die vollentwickelten und gut differenzierten alten Nervenfasern die spezifische Struktur der Zellen zeigen, während dieselbe den jungen, feinen und wenig entwickelten Fasern fehlen kann.

Reich hat lange geschwankt, ob nicht vielleicht doch trotz der Zellkettennatur der Nervenfaser die Annahme zu machen ist, daß wenigstens der als leitendes Prinzip angesehene Teil der Nervenfaser, nämlich die Neurofibrillen, nicht ihren Ursprung hernehmen aus der Zellkette

der Nervenfaser, sondern daß dieselben entstehen von der Ganglienzelle her und die Zellkette der Faser nur in der Längsrichtung durchwachsen.

Reich ist es aber neuerdings gelungen, einen Befund zu erheben, der ihm mit großer Wahrscheinlichkeit zu sprechen scheint für eine Entstehung der Neurofibrillen in den das interannuläre Segment darstellenden Nervenfasern selbst. Er konnte vor kurzem einen überaus interessanten Tumor untersuchen, der sich offenbar von einem Nervenstamm an der Basis des Gehirns entwickelt hatte und für diese Frage wichtigen Aufschluß bietet. Demonstration. Der etwa pflaumengroße Tumor besteht im wesentlichen aus einer großen Anzahl von teils kürzeren, teils längeren zu Zügen angeordneten spindelförmigen Zellen. Diese Zellen boten alle Übergänge zu langgestreckten Fasern, die alle Charaktere von Nervenfasern zeigten. Das *Weigert*-Präparat konnte nachweisen, daß in den dickeren Fasern bereits Myelin in Form feiner, reihenweise angeordneter Tropfen reichlich enthalten war. Die Untersuchung mit *Bielschowskys* Silbermethode ergab nun, daß sowohl die kleinen Spindelzellen, als auch die größeren und größten derselben sowie die Fasern mit Silber darstellbare Fibrillen enthalten. Es handelt sich um tiefschwarze, drehrunde, starre Fibrillen, die den Körper der Spindelzellen und das Zentrum der Fasern in der Längsrichtung durchziehen, ohne sich zu verzweigen. In den Spindelzellen besteht eine deutliche Beziehung der Fibrille zu dem Kern der Zelle derart, daß die Fibrille in der Gegend des Kernes am dicksten ist und nach den spitzen Enden der Zelle zu allmählich sich verschmälert und schließlich ganz fein sich zuspitzt und in einiger Entfernung vom Kern endet. An Zupfpräparaten gelang es nachzuweisen, daß diese Endigung noch innerhalb der Spindelzelle selbst, in der Nähe der beiden spitzen Pole der Zelle, stattfindet, so daß also die Fibrille — in jeder Spindelzelle findet sich eine oder wenige — ganz in den Leib der Zelle eingeschlossen ist und über denselben hinaus keine Fortsetzung hat. Dabei zeigt sich auch, daß, je länger und stärker die Spindelzelle ist, um so größer und länger auch die in ihr enthaltene Fibrille sich darstellt. Es kann nach dem ganzen Bilde kein Zweifel sein, zumal ein allmählicher Übergang unserer Spindelzellen in die myelinhaltigen Fasern deutlich ist, daß die hier vorhandenen Fibrillen als Neurofibrillen aufzufassen sind, und es erscheint auch fernerhin nach dem geschilderten Verhalten derselben fraglos, daß sie den Spindelzellen selbst ihrer Entstehung nach angehören und nicht von außen etwa aus einer irgendwo fernab liegenden Ganglienzelle in sie hineingewachsen sind. Es finden sich also neben unreifen, markhaltigen Nervenfasern, die in der Myelinisation begriffen sind, in unserem Tumor alle Entwicklungsstadien von der spindelförmigen Zelle zur Nervenfaser in geschlossener Reihe, und diese Zellen und Fasern bilden — was für die vorliegende Frage die Hauptsache ist — ohne Beteiligung von Ganglien-

zellen alle Bestandteile der Faser, insbesondere auch die Neurofibrillen, aus sich heraus.

Es handelt sich ja hier freilich um einen pathologischen Entwicklungsvorgang, der nur mit Vorsicht auf normale Verhältnisse übertragen werden darf. Aber die Präparate beweisen doch soviel mit Sicherheit, daß die Fähigkeit der Entwicklung von Neurofibrillen nicht eine spezifische Eigentümlichkeit der Ganglienzelle ist, sondern auch den Nervenfaserzellen zukommt, und es ist dann nur noch ein kleiner Schritt weiter, anzunehmen, daß diese den Nervenfaserzellen zukommende Fähigkeit der Fibrillenbildung auch unter normalen Entwicklungsbedingungen sich geltend macht, hier vielleicht mehr oder weniger abhängig von einer zentralen Anregung.

Bemerkenswert ist, daß ganz vereinzelt sich in den Präparaten auch Bildungen finden, welche in ihrer Form Ganglienzellen entsprechen, die färbbare Substanzportionen und auch Neurofibrillen von einer netzförmigen Anordnung enthalten, wie sie uns bei allen Ganglienzellen bekannt ist. *R.* glaubt, daß diese spärlichen und neugebildeten Ganglienzellen ebenso wie die neugebildeten Nervenfasern aus den spindelförmigen Zellen entstanden sind, und zwar durch eine andersartige Differenzierung. Ganglienzelle und Nervenzelle (Nervenfaserzelle) wären demnach auf das engste verwandt. Sie entstammen beide der nervösen Urzelle, dem Neuroplasten oder der embryonalen Neuroepithelzelle. Das Neuron ist nach allem Vorangegangenen eine Reihe von hochdifferenzierten nervösen Zellen, deren peripherste Glieder in einen nervösen Endapparat umgewandelt sind, während die zentralste Zelle sich zu einer Ganglienzelle entwickelt hat. Es bleibt damit der Ganglienzelle immer noch ein ganz besonderer Platz in dem Neuron gesichert. Die Ganglienzelle stellt in Parallele zur peripherischen Nervenendigung den zentralen Nervenendapparat dar. Die Neurofibrillen sind ein gemeinsames Produkt aller Zellen des Neurons.

Reich möchte im Anschluß an diese Ausführungen kurz besprechen die neuere Gestaltung der Methode der Darstellung der verschiedenen Markstoffe, die für seine Untersuchungen von ausschlaggebender Bedeutung waren und die auch für die Pathologie, wie die schönen Befunde *Alzheimers* und *Merzbachers* über Abbaustoffe, welche auf Grundlage der von *Reich* eingeführten mikrohistiochemischen Methoden der Differenzierung der Markstoffe beruhen, dartun, für die Pathologie sehr weitgehende Aufschlüsse versprechen.

I. Färbung der π (protagonartigen)-Granula. Von den vielen möglichen Methoden wendet *R.* neuerdings folgende am meisten an:

1. Härtung in Formol *Müller* (nach *Orth-Juliusburger*);
2. Auswässern;

3. Anfertigung von Gefrierschnitten (à 15 μ);

4. Färben in einer einprozentigen Lösung von Toluidinblau;

5. Auswaschen in Wasser, dem eventuell zur Beschleunigung der Differenzierung eine geringe Spur Essigsäure (ein Tropfen Eisessig auf eine Schale Wasser) zugesetzt werden kann: einige Minuten;

6. Übertragen nacheinander in Alk. 80 und 95, bis der Schnitt hellblau erscheint;

7. Entwässern in Alkohol absolutus;

8. Xylol;

9. Kanadabalsam.

Die Fasern erscheinen völlig farblos oder ganz andeutungsweise bläulich, die Kerne der Nervenfaserzellen sind grünblau und zeigen eine deutliche Kernmembran, ein Kernnetz und ein großes Kernkörperchen. Die π-Granula sind karmoisinrot gefärbt.

II. Färbung der μ-Granula (myelinartige Granula). Die μ-Granula, die in ihren färberischen Eigenschaften dem Lezithin sehr nahestehen, zeichnen sich dadurch aus, daß sie sehr viele Farben, wenn sie erst damit angefärbt sind, sehr intensiv festhalten. Man kann sie färben, sowohl mit *Weigerts* Hämatoxylin als auch mit Alaunhämatoxylin. Sie färben sich ferner mit Anilinfarbstoffen verschiedenster Art. So kann man sie bei geeigneter Entfärbung beispielsweise färben mit Methylenblau, mit Thionin, mit Toluidinblau, mit Anilinfuchsin usw. Die wichtigste und beste Methode ihrer Darstellung, die insbesondere wichtig ist zur Differenzierung von den π-Granula, ist aber ihre Darstellung mit Karbolsäurefuchsin, das sie in besonderem Maße festzuhalten scheinen. Die Darstellung der μ-Granula nach dieser Methode geschieht am besten in folgender Weise:

1. Härtung in Formol *Müller*;

2. Entwässern;

3. Gefrierschnitte;

4. Färbung in einer Lösung von: Säurefuchsin 2,0 in 5prozentiger Karbollösung 100,0 — 24 Stunden im Brutofen;

5. Differenzieren in einer 1 prozentigen Lösung von Kalium permanganicum ½ Minute;

6. Übertragen in *Pals* Säuregemisch;

7. Wiederholen des Processes ad 5 und 6, bis die Schnitte schwach rosa erscheinen;

8. Auswaschen in Wasser;

9. Übertragen in kalte Toluidinblau-Lösung 2prozentig ½ Minute;

10. Alkohol 80, Alkohol 95, Alkohol 100;

11. Xylol;

12. Balsam.

Die Nervenfasern erscheinen dabei, falls die Differenzierung ausreichend stark gewesen ist, mattrot bis auf einzelne stärker rote Partien

Die Kerne erscheinen deutlich blau, das Bindegewebe mattbläulich. Die in den Zellen und hier und da auch in den Fasern selbst auffindbaren μ-Granula erscheinen leuchtend fuchsinrot. Bei wohlgelungener Färbung kann man in solchen Präparaten neben den fuschsinroten μ-Granula auch gleichzeitig die mehr matten karmoisinroten π-Granula und auch die grünlichblau gefärbte, netzförmige Grundsubstanz der Nervenzellen wahrnehmen.

Herr *Lipschitz*: Eigene anatomische Erfahrungen auf diesem Gebiete stehen mir nicht zur Verfügung, doch stehen den Befunden des Vorredners zahlreiche widersprechende Untersuchungen anderer Autoren, in neuester Zeit besonders von *Ramon y Cajal*, entgegen. Was die vom Vorredner angedeutete Möglichkeit betrifft, daß neben dem Regenerationsmodus durch Auswachsen der Fasern in die Peripherie auch autogene Regeneration stattfinde, so sprechen meine klinischen Befunde allerdings nicht dagegen, da sie sich nur gegen die ausschließlich autogene Regeneration richten, jedoch halte ich das Nebeneinandervorkommen der Regeneration durch Auswachsen und der autogenen Regeneration aus allgemein biologischen Gründen für unwahrscheinlich.

Herr *Vorkastner*: Über die sog. transitorische Manie (vasomotorisch-neurasthenische Dämmerzustände).

M. H.! Der Patient, den ich Ihnen heute abend vorstellen möchte, ein 18 jähriger junger Seminarist, befindet sich schon seit längerem in unserer Behandlung. Ich darf es sogleich kurz heraussagen: es handelt sich um den typischen Fall eines vasomotorischen Neurasthenikers. Fast die Gesamtheit der Erscheinungen, die den Patienten in unsere Behandlung führten, ließ sich mit einer gewissen reizbaren Schwäche und Labilität des Gefäßnervensystems in Zusammenhang bringen. Im Vordergrund der Klagen standen von jeher die Kopfschmerzen. Sie haben ihre gewissen charakteristischen Eigentümlichkeiten. Nicht drückend wie die neurasthenische Kopfhaube, nicht bohrend wie die Schmerzen des Rheumatikers oder Anämikers, werden sie als eigentümlich stechend und pulsierend geschildert; jeder Schritt, den der Patient tut, löst einen Stich in der beiderseitigen Schläfengegend aus, so daß sich der Patient bei stärkeren Schmerzparoxysmen geradezu vor dreistem Auftreten fürchtet. Hohe Außentemperaturen wirken intensiv schmerzsteigernd. Ferner sind die Schmerzen kombiniert mit häufigen Blutwallungen zum Kopf, die das Gesicht mit flammender Röte übergießen, dazu ist in der letzten Zeit — ebenfalls sehr charakteristisch — öfteres Nasenbluten getreten. Ich will gleich bemerken, daß wir natürlich die Nase einer gründlichen Lokalinspektion unterzogen haben, speziell den Locus Kieselbachii, der ja als der häufigste Attentäter bei Nasenblutungen angesehen werden darf; es fanden sich dort zarte Gefäßverästelungen, aus denen wahrscheinlich die Blutungen erfolgt sind, sie können jedoch nach Ansicht des Herren Kollegen Stabsarzt Dr. *Aulicke*

von der Halsklinik, der so gütig war, meinen Befund nachzukontrollieren, schwerlich die alleinige Ursache abgegeben haben. Häufig besteht bei dem Patienten auch in der Ruhe Herzklopfen und ein quälendes Angstgefühl in der Herzgegend. Sehr peinlich ist für ihn das Bücken, weil sich sofort heftige Blutwallungen zum Kopf, Flimmern vor den Augen und Schwindel einstellen, so daß sich der Patient zum Beispiel daran gewöhnt hat, die alltägliche Verrichtung des Stiefelzuschnürens mit erhobenem Kopf und ohne Kontrolle der Augen zu vollziehen. Diesen charakteristischen subjektiven Beschwerden entspricht auch der objektive Untersuchungsbefund. Wir können an dem Patienten auch die objektiven Merkmale der Gefäßnervenschwäche feststellen. Das vasomotorische Nachröten ist zwar nicht bis zu dem Grade der Quaddelbildung, der Urticaria factitia gesteigert, aber immerhin erheblich genug. Bei geringen körperlichen Anstrengungen, z. B. beim einfachen Händedruck, schnellt die Pulsfrequenz um ein beträchtliches in die Höhe. Spontan und bei geringen Körperbewegungen macht sich lebhafter Wechsel der Gesichtsfarbe bemerkbar. Auffallend ist auch eine ziemlich starke Füllung der Augenhintergrundsgefäße. Die sphygmographische Kurve (Demonstration) weist keine Besonderheiten auf. Der Blutdruck (gemessen mit dem *Gärtner*schen Tonometer und nach *Riva-Rocci*) bewegt sich in normalen Grenzen. Ich habe dem Verhalten der Gefäße noch auf andere Weise näherzukommen gesucht, nämlich durch Aufnahme einer plethysmographischen Kurve, die uns ja direkt ein Bild des wechselnden Füllungszustandes der Gefäße geben kann. In der Tat zeigt die plethysmographische Kurve (Demonstration) ungewöhnlich ausgiebige Schwankungen, ein Hinweis auf die starke Beeinflußbarkeit der Gefäßfüllung durch psychische Vorgänge. An dieser Stelle (Demonstration) ist direkt der Versuch gemacht, durch Hervorrufen einer gefühlsbetonten Vorstellung den Ablauf der Kurve zu alterieren. Der Effekt ist evident. Ganz interessant ist auch ein Befund, den wir am Herzen erheben konnten. Ich will vorausschicken, daß die physikalische Untersuchung, Auskultation und Perkussion ein vollkommen normales Herz ergeben haben. Erst die Röntgenuntersuchung, die auf meine Bitte Herr Kollege Stabsarzt *Anastosopolous*, vorgenommen hat, deckte eine geringfügige, aber immerhin in unserem Fall beachtenswerte Anomalie auf. (Demonstration.) Sie sehen hier, m. H., auf der Röntgenplatte eine eigentümliche Lage des Herzens. Es ist nicht, wie gewöhnlich, schräg und mehr horizontal, mit der Längsachse dem Zwerchfell fast parallel gelagert, es zeigt vielmehr eine im wesentlichen vertikale Stellung, es ist gewissermaßen an den großen Gefäßen lang aufgehängt, hängt wie ein Tropfen herab, es findet sich eine Andeutung dessen, was kürzlich *Kraus* hier als „Tropfenherz“ beschrieben hat. *Kraus* fand diese Anomalie vorwiegend bei Leuten mit konstitutioneller Herzschwäche. Es ist nun immerhin interessant, daß unser mit einer starken Minderwertigkeit des

Gefäßnervensystems behafteter Patient auch eine Andeutung dieser Anomalie aufweist. Im übrigen ist der körperliche Befund bis auf lebhafte Sehnenreflexe ein negativer. Neben den vorhin genannten Beschwerden laufen nur spärliche anderweitige neurasthenische Klagen, so über öfteres Mattigkeitsgefühl und Schläfrigkeit. Kurz, der Patient bietet das Bild des konstitutionellen Vasomotorikers in ziemlicher Reinheit. Für die konstitutionelle Natur der Störung, die man übrigens in jedem solchen Falle ohne weiteres annehmen kann, spricht speziell in unserem Falle die Tatsache einer ausgesprochenen hereditären Belastung; der Vater, so berichtet uns der Patient, war Potator, fast alle Geschwister haben nervöse Beschwerden, keines aber leidet, wie ich gleich vorwegnehmen will, an Epilepsie.

All das liegt aber noch im Rahmen des Gewöhnlichen, und ich würde es nicht wagen, den Patienten dieser Gesellschaft zu präsentieren, wenn sich nicht über diesem ziemlich gleichmäßigen, nur wenig auf- und niederschwankenden Krankheitsniveau plötzlich der Wellengipfel einer schwereren akuten psychischen Störung erhoben hätte.

Ich muß da vorausschicken, daß die Beschwerden des Patienten in den letzten Wochen eine langsame Steigerung erfahren hatten, und ich glaube wohl nicht fehlzugehen, wenn ich die Hauptschuld daran der zeitweise recht drückenden und schwülen Temperatur der letzten Wochen beimesse. Denn, wie schon vorhin gesagt, vertragen Patienten dieser Art nichts schlechter als die Hitze. Je näher wir den Hundstagen rücken, desto mehr bevölkern sie die Sprechzimmer der Ärzte und der Polikliniken. So klagte auch dieser Patient in vermehrtem Maße über seine Kongestionen, seine „Kopfstiche“ und das Nasenbluten. Trotzdem er sich also im allgemeinen nicht sehr wohl fühlte, beteiligte er sich am vergangenen Mittwoch an einem Ausflug der Seminarklasse, deren Schüler er ist. Der Tag war wohl an und für sich heiß, und etwas heiß auch noch in anderer Beziehung für unseren Patienten, nämlich bezüglich eines relativ reichlicheren Alkoholgenusses. Immerhin ist die Menge der alkoholischen Getränke, die er während des Tages zu sich genommen, keine zu erhebliche. Seine glaubwürdigen Angaben laufen darauf hinaus, daß er im Laufe des Vormittags und Nachmittags drei Glas Wein und am Abend noch in Gemeinschaft mit Schulkameraden eine Flasche Sekt getrunken hat, also eine Menge, die wohl bei dem normalen Individuum handgreiflichere Reaktionen nicht gezeitigt haben würde. Der Patient soll auch — so haben später seine Kameraden berichtet — durchaus nicht den Eindruck eines Betrunkenen gemacht haben. Er soll zwar etwas heiter, aber sonst durchaus normal mit ihnen das Coupé zur Heimfahrt bestiegen haben. Hier im Coupé — daran erinnert er sich noch dunkel — wurde ihm unwohl, und er bekam wieder Nasenbluten, für alles Übrige fehlt ihm die Erinnerung. Er erwachte erst wieder am andern Morgen in seinem Bett und erfuhr nun zu seinem Staunen von seinen Kollegen, daß er sich im Coupé

wie ein Unsinniger gebärdet habe, daß er versucht habe, die Coupétür aufzureißen und aus dem fahrenden Zuge herauszuspringen, daß er einem ihm gegenübersitzenden Lehrer, der ihn mit daran gehindert, ins Gesicht geschlagen, kurzum, daß er einen eigentümlichen Zustand durchgemacht, für den ihm völlig die Erinnerung verloren gegangen. Aus dem mir vorliegenden Bericht des Lehrers entnehme ich noch, daß der Patient in dem fraglichen Zustande in der Tat auf das heftigste getobt hat, daß er auf Anreden und Anrufen nicht reagierte, und daß das Gesicht eine auffallende Röte zeigte.

M. H.! Daß es sich um einen Dämmerzustand gehandelt, brauche ich vor diesem Forum nicht besonders zu erhärten. Das Bemerkenswerte und das, was mich veranlaßt, den Patienten hier vorzustellen, ist das Aufschießen dieses Dämmerzustandes auf dem Boden der schweren vasomotorischen Störungen, die der Patient dargeboten hat und noch darbietet. Das ganze Krankheitsbild entspricht durchaus dem, was von der älteren Psychiatrie als Kongestivdämmerzustände, vasoparalytische Dämmerzustände oder auch in nicht sehr passender Weise als Mania transitoria bezeichnet worden ist. Wenn wir die diesbezüglichen Schilderungen älterer Autoren lesen, so wird übereinstimmend betont die Neigung derartiger Individuen zu Kopfkongestionen, der verhängnisvolle Einfluß von kalorischen Schädlichkeiten und Alkoholexzessen sowie das Begleitetsein der transitorischen Psychose von Kongestiverscheinungen (Rötung des Gesichts, Nasenbluten), also alles Momente, die für unsern Fall ohne Einschränkung zutreffen. Ich glaube, daß auch heutigen Tages noch eine entsprechende Auffassung des Falles zulässig ist, wenn man nämlich den anscheinend hier greifbar vorliegenden endogenen Faktor, die Insuffizienz der Gefäßinnervation, als ausschlaggebend in den Vordergrund der Betrachtung stellt. Im Lichte dieser Auffassung würden dann die an und für sich insuffizienten Gefäßnerven, vielleicht noch durch kalorische Einflüsse alteriert, unter der Einwirkung des Alkohols, dieses Gefäßnervengiftes κατ' ἐξοχήν, eine schwerere Paralysierung erfahren haben. Dem würde im klinischen Bilde das Crescendo von den leichteren zu den schwereren vasomotorischen Störungen bis zum Gipfel eben jenes Dämmerzustandes entsprechen.

Ich möchte aber mit niemandem rechten, der, ohne etwas zu präjudizieren, einfach die Alkoholintoleranz des Individuums hervorhebt und diesen Dämmerzustand als pathologischen Rauschzustand bezeichnet, wobei dann ganz dahingestellt bleibt, ob etwa eine im Gefäßnervensystem lokalisierte Resistenzlosigkeit vorliegt. Erwähnen möchte ich an dieser Stelle nur, daß auch in einem Falle *Moelis* (S. *Moeli*, Über pathologische Rauschzustände) Zirkulationsstörungen, allerdings anderer Natur (es war ein Herzfehlerkranker) eine gewisse Rolle gespielt zu haben scheinen.

Für Hysterie haben sich in unserm Falle nicht die geringsten Anhaltspunkte ergeben; der Patient bietet weder die körperlichen noch die psychi-

schen Stigmata der Hysterie. Auch fehlt zur Begründung des Dämmerzustandes jeglicher Affektanlaß.

Als neurasthenische Dämmerzustände hat man verschiedenartige Zustände beschrieben, einmal Dämmerzustände auf dem Boden einer schweren zerebralen Erschöpfung (*Krafft-Ebing*) und zweitens Zustände, die durch das Dominieren einer bestimmten gefühlsbetonten Vorstellungsgruppe und eine dadurch geschaffene Assoziationsstörung charakterisiert sein sollen (s. Leitfaden d. Psychiatrie von *Ziehen*). Unser Fall hat offensichtlich mit beiden Arten von Zuständen nichts zu tun. Im übrigen hat bereits *Ganser* gegen den Begriff der neurasthenischen Dämmerzustände berechtigte Bedenken erhoben. Er glaubt, daß die meisten der hierher gehörigen Fälle zur Hysterie zu schlagen seien. Besonders, was die zweite der eben erwähnten Gruppen betrifft, möchte ich mich dieser Meinung anschließen. Dagegen könnte man unsern Fall im Sinne der obigen Auffassung vielleicht nicht mit Unrecht als „vasomotorisch-neurasthenischen Dämmerzustand“ bezeichnen.

Schwieriger ist es, einem Einwande zu begegnen, mit dem ich mich jetzt noch abzufinden habe, ob nicht eine Epilepsia larvata vorliegt, ob es sich nicht um einen epileptischen Dämmerzustand gehandelt hat. Ich brauche in dieser Hinsicht wohl kaum zu betonen, daß wir natürlich auf das gründlichste bei dem Patienten nach epileptischen Antezedentien gefahndet haben, anfangend mit den Krämpfen des Kindesalters bis hin zu dem berühmten „Blut auf dem Kopfkissen“. Wir haben auch der periodischen Verstimmungen nicht vergessen, auf die die *Kraepelin*sche Schule so großen Wert legt. Nichts dergleichen hat die Anamnese aufzudecken vermocht. Trotzdem erscheint aber die Frage einer epileptischen Genese durchaus diskutabel, da ja einerseits bekanntlich die jüngere Psychiatrie auch beim Fehlen solcher Antezedentien sowohl die pathologischen Rauschzustände als auch die transitorische Manie älterer Autoren der Epilepsie einzuverleiben geneigt ist, und da andereseits, was speziell auch diesen Fall betrifft, die Schilderung des Dämmerzustandes entschieden epileptische Züge aufweist, so die anscheinend vorhanden gewesene tiefe Bewußtseinstrübung, die furibunde Erregung und die Neigung zu sinnlosen und gewalttätigen Handlungen. Es ist aber durchaus fraglich, und das gibt auch *Kraepelin* zu, ob man berechtigt ist, allein auf Grund der Gleichartigkeit oder Übereinstimmung der klinischen Bilder einen solchen freistehenden Dämmerzustand der Epilepsie zuzuweisen [1]). Die Analogie mit den Krampfanfällen liegt hier nahe. Ich habe in meiner Bearbeitung

[1]) Das Gleiche gilt auch für die traumatischen Dämmerzustände und gewisse eigentümliche Dämmerzustände im Senium, die vielleicht mit arteriosklerotischen Zirkulationsstörungen in Zusammenhang zu bringen sind (arteriosklerotische Dämmerzustände). Einen charakteristischen Fall letzterer Art sah ich kürzlich in Gemeinschaft mit *Lazarus.*

der Epilepsie (s. Deutsche Klinik) ausdrücklich auf die Fälle hingewiesen, in denen nur einmal während des Lebens ein epileptiformer Anfall auftritt; meistens handelt es sich um schwerer degenerative Persönlichkeiten, manchmal auch um eine starke Häufung exogener Schädlichkeiten bzw. um eine solche, die besonders intensiv einwirkt. Fälle letzterer Art bezeichnet man nach dem Vorgang von *Ziehen* vielleicht besser als Eklampsie. Ob die Gesamtheit dieser Fälle der Epilepsie zuzurechnen sind, erscheint jedenfalls ebenso fraglich wie die Zugehörigkeit freistehender epileptiformer Dämmerzustände zu derselben. Für die Dauer unserer Unkenntnis von dem tieferen Wesen der Epilepsie genannten Krankheit kann uns in dieser Hinsicht nur leiten der Verlauf, und das Wichtigste für den Psychiater bleibt immer die Prognose. Die Prognose unseres Falles aber hat man meines Erachtens folgendermaßen zu formulieren: ein solcher Zustand braucht sich bei dem Patienten nicht zu wiederholen, falls wir imstande sind, eine ähnliche ungünstige Konstellation exogener Momente zu verhindern. Den Grundpfeiler der Therapie hat natürlich in diesem Fall die konsequente Durchführung der Alkoholabstinenz zu bilden; erst in zweiter Linie stehen Maßnahmen zur Bekämpfung der vasomotorischen Störungen; ihre Erörterung würde den Rahmen dieses Vortrages überschreiten. Die Frage nach der Prognose hat auch hier bereits einen praktischen Hintergrund gewonnen, da sie uns amtlich von der Schulbehörde vorgelegt ist und das Wohl und Wehe des jungen Mannes, d. h. sein weiteres Verbleiben auf dem Seminar, von der Beantwortung in diesem oder jenem Sinne abhängt. Wir werden die an uns gerichtete Frage im Sinne meiner vorherigen Ausführungen beantworten.

Herr *Rosenberg*: Über die Rinde der Hörsphäre.

Der Vortragende berichtet über histologische Untersuchungen aus dem Laboratorium des Herrn Geheimrat *Ziehen*. Mit Hilfe von projizierten Mikrophotogrammen und Aquarellzeichnungen und unter Hinweis auf ausgestellte *Nissl*-Präparate hebt er folgende Merkmale hervor, durch die sich die Cytoarchitektonik der *Heschl*schen Windungen von der der ersten Temporalwindung unterscheidet:

1. Die gemeinsame Tiefe der mittelgroßen und großen Pyramidenzellen ist nur halb so groß;
2. in der letzterwähnten Schicht sind die Riesenzellen in ungefähr doppelter Anzahl vorhanden;
3. es besteht ein Mangel an tiefen Pyramidenzellen;
4. die Spindelzellenschicht ist mehr als doppelt so tief. Sie ist in ihrem oberen Teil zahlreicher, sie zeigt keine deutliche Reihenbildung und ist gegen das Mark weniger scharf abgesetzt.

Diese Differenzen beziehen sich im wesentlichen auf die Kuppen der verglichenen Windungen.

Da *Flechsig* auf Grund seiner Studien über die Markreifung der Gehirnbahnen feststellte, daß besonders die *Heschl*schen Windungen korti-

kale Endstationen des Nervus cochlearis enthalten, ferner nach *Campbell* diese Windungen eine eigenartige Rindenfaseranordnung besitzen, so bringt auch die Cytoarchitektonik eine neue Stütze dafür, daß diese Gyri temporales transversi die Hörsphäre darstellen.

Von sonstigen Autoren werden erwähnt *Meynert, Betz, Hammarberg* und *Cajal.*

Diskussion. — Herr *Brodmann*: 1. Auch *Siemerling* hat bereits vor Jahren in einem Vortrage an der Hand von Markscheidenpräparaten gezeigt, daß die G. temp. transversi durch besondere Struktur von der übrigen Schläfenrinde ausgezeichnet sind. *Campbells* Untersuchungen beziehen sich nicht nur auf die Faser-, sondern gleichzeitig auf die Zelltektonik und geben außerdem eine topische Lokalisation der verschiedenen Strukturtypen des Schläfenlappens, welche der Vortragende vermissen läßt.

2. Es ist nicht bewiesen und auch nicht ohne weiteres beweisbar, daß der von Herrn *R.* demonstrierte Typus „die Rinde der Hörsphäre" darstellt. Derartige physiologische Termini sollten bei rein anatomischen Rindenuntersuchungen vermieden werden, da sie zu lokalisatorischen Schlußfolgerungen verleiten, welche irreführend sind. Cytoarchitektonische Rindenfelder und physiologische Bezirke fallen nicht notwendig zusammen, wie vor allem das Beispiel der excitomotorischen Zone und der Area gigantopyramidalis beweist.

3. Lokalisatorisch ist ein besonderer Typus der ersten Schläfenwindung nicht genau auf die *Heschl*schen Querwindungen beschränkt (wie auch aus dem *Campbell*schen Schema hervorgeht), er greift vielmehr nach eigenen Untersuchungen einerseits darüber hinaus, anderseits läßt er einen Teil frei. Windungen und Furchen sind eben nicht maßgebend für die Umgrenzung anatomischer Rindenfelder.

4. Im einzelnen bestreitet *Brodmann* das Vorkommen von „Riesenpyramiden" wie überhaupt von spezifischen Zellformen (nach *Nissl*-Färbung) in den Querwindungen. Auch die Schmalheit der Rinde ist nicht charakteristisch für die „Hörrinde"; die relativ geringe Breite der ersten bis dritten Schicht, verglichen mit der der vierten bis sechsten Schicht, kommt vielmehr der ganzen Temporalrinde zu, ganz zu geschweigen von andern Windungsbezirken.

Herr *Jacobsohn* fragt, ob die Untersuchungen des Vortragenden im wesentlichen eine Differenz des Schichtenbaues der Rinde des Hörzentrums gegenüber anderen Rindenregionen ergeben haben, oder ob sich eine besonders charakteristische Zellform im Hörzentrum gefunden hat, wie es *Cajal* angegeben hat. Ferner möchte *J.* darüber Aufschluß haben, ob sich ein Unterschied in der Zellstruktur der linken ersten Schläfenwindung, besonders im Bereich des sog. Wortklangzentrums, gezeigt hat gegenüber der rechten Schläfenwindung, und schließlich fragt *J.*, ob der Vortragende die Rinde der Schläfenregion nur von

erwachsenen Personen oder auch von Kindern untersucht hat. Namentlich die Untersuchung dieser Rindenabschnitte vor und nach der Sprachbildung könnte eventuell Bedeutsames hinsichtlich der Zellverhältnisse zutage fördern.

Herr *Rosenberg* hebt im Schlußwort nochmals hervor, daß der Unterschied besonders in der Gliederung der Rinde liege, nicht etwa in einer Verschmälerung oder in dem Auftreten spezifischer Zellen. Insbesondere sind *Cajals* akustische Zellen nicht gefunden worden. Diese mit der *Golgi*-Methode entdeckten Zellen sollen in *Nissl*-Präparaten von jungen Kindern sehr groß sein. Der Vortragende hat jedoch nur erwachsene Gehirne untersucht. *Cajal* selbst hat nicht angegeben, welche Gestalt und Größe diese Zellen in *Nissl*-Präparaten des Erwachsenen haben.

Eine wesentliche Strukturdifferenz zwischen der rechten und linken Seite besteht nicht.

Eine scharfe Abgrenzung des *Heschls*chen Typus ist außerordentlich schwierig, da sich in den Furchen die Unterschiede dadurch verwischen, daß an der hier eintretenden Verschmälerung der Rinde sich die einzelnen Schichten ungleichmäßig beteiligen, und daß die Rindenverkürzung teilweise durch einen größeren Zellreichtum der Schichten kompensiert wird.

Campbells Hörzentrum ist auf die *Heschls*chen Windungen beschränkt.

Dieser Autor sowie *Betz* selber sprechen von Riesenpyramiden der *Heschls*chen Windungen.

Herr *Schulz*, Assistent an der psychiatrischen Klinik der Charité, stellt ein zwölfjähriges Mädchen vor, welches von einer nervösen Mutter stammt. Das Kind besuchte zunächst die Volksschule zwei Jahre regelrecht, dann wurde es in die Nebenklasse versetzt, weil es im Rechnen nicht recht folgen konnte. Im Juli vorigen Jahres etwa erkrankte Patientin an einem hoch fieberhaften, etwa 3 bis 4 Monate anhaltenden, angeblich tuberkulösen Lungenleiden. Das Kind magerte zum Skelett ab. Körperlich erfolgte etwa im Dezember allmähliche Erholung. Im Januar d. J. wurde der Schulbesuch wieder aufgenommen, obwohl immer noch eine sichtliche Schwäche bestand. Zwei Wochen ging es gut, ohne daß psychische Veränderungen an dem Kinde beobachtet wären; in der dritten Woche fiel es dem Lehrer auf, daß die Patientin keine oder nur nach langem Zureden unzureichende Antwort gab und still vor sich hin oder an die Wandtafel sah. Zu Hause mußte es gefüttert werden. Es kümmerte sich nicht mehr um die Vorgänge der Umgebung, blieb stehen, wo man sie hinstellte, oder lag vollkommen schlaff mit gleichgültigem Gesichtsausdruck im Bett. Das Benehmen des Kindes verriet weder Angst noch Traurigkeit. Es sind keine Halluzinationen, keine Erregungs- oder Verwirrtheitszustände beobachtet worden. Der Zustand blieb etwa der gleiche bis zur Aufnahme in der Charité am 23. März 1907. Hier konnte körperlich nichts Wesentliches festgestellt werden. Das Kind war etwas blaß, zeigte besonders

keine nachweisbare Erkrankung der Lunge. Es bestand eine geringe Rückgratverkrümmung, die Zähne zeigten rachitische Veränderungen und waren mangelhaft gepflegt. Die Intelligenzprüfung ergab nur einen leichten Grad angeborener Beschränktheit, die Urteilsfähigkeit namentlich war eine ganz gute. Das psychische Verhalten des Kindes entsprach ganz dem Bilde, welches die Eltern von ihrem Benehmen zu Hause entworfen hatten. Die Patientin liegt meist in vollkommener Resolution im Bett. Der Gesichtsausdruck verrät weder Traurigkeit noch Angst, sondern ist vollkommen gleichgültig, der Blick meist auf die Bettdecke oder ins Leere gerichtet. Sie muß gefüttert werden, sonst bleibt sie mit dem Bissen oder dem Löffel auf halbem Wege zum Munde stehen. Sie behält auch den Bissen im Munde, ohne ihn herunterzuschlucken, wenn man nicht aufpaßt. Zum Bett herausgenommen, bleibt sie stehen, wo sie hingestellt wird, ohne Widerstand zu leisten, wenn man sie weiterführt.

Vorübergehend tritt Speicheln ein. Patientin neigt zu Stomatitiden; wenn es gelingt, diese zu beseitigen, hört auch das Speicheln auf. Sie fördert durch kauende und saugende Mundbewegungen die Sekretion des Speichels. Bei Verbot des Speichelns und Ablenkung hört es auf. Irgend eine Wahnvorstellung liegt dieser Erscheinung anscheinend nicht zugrunde. Patientin äußerte selbst, sie habe nur das Gefühl, daß sie den Speichel nicht herunterschlucken könne. In der ersten Zeit näßte sie ab und zu ein, schämte sich aber sichtlich deshalb und äußerte, sie habe nicht schnell genug aus dem Bett kommen können.

In der letzten Zeit zeigte Patientin schon bisweilen, wenn auch offenbar noch stark gehemmt, einiges Interesse an der Umgebung. An körperlichen Symptomen ist ab und zu leichtes Erröten und vorübergehende leichte Beschleunigung der Herztätigkeit beobachtet worden.

Nach einigen differentialdiagnostischen Bemerkungen charakterisiert der Vortragende das Krankheitsbild als das der Stupidität und möchte gegenüber den sonst hierfür gewählten Bezeichnungen die Krankheit nach dem Vorschlage *Jollys* als Anoia bezeichnet wissen, nach dem Hauptsymptom, welches das ganze Krankheitsbild beherrscht.

Diskussion. — Herr *Försterling* ist der Ansicht, daß die angeführten Symptome, die den Fall von der Katatonie oder ganz allgemein vom Jugendirresein abgrenzen könnten, nicht genügen. Die Dem. praec. sei durchaus nicht nur eine Erkrankung des Pubertätsalters, sie komme auch bei Kindern vor. Die Haltung der kleinen Patientin sei zu andauernd in ihrer Gezwungenheit, als daß man in ihr nicht eine Stereotypie erblicken müßte. Das starke Speicheln sei doch wohl in Parallele zu setzen mit den häufigen pathologischen Sekretionsvorgängen bei der Katatonie. Vielleicht seien die Geschwüre im Munde sekundär entstanden oder, falls vorher vorhanden, durch den Speichelfluß unterhalten. Daß das Kind, längere Zeit nachdem bei einem Versuche der Arm in passiv er-

hobener Stellung stehen geblieben war, die Wärterin fragte, wie lange sie den Arm so halten müsse, wenn der Arzt ihn erhöbe, deute für Ref. ebenso auf sekundäre Erklärungsidee, wie die Angabe der Patientin, sie stehe so krumm, weil sie den Speichel abfließen lassen müsse. Zu Angaben geneigte Katatoniker äußern häufig derartige Erklärungsideen; es seien Selbsttäuschungen der Kranken, entsprungen gewissermaßen aus einem Draufeingehen auf die psychomotorischen und sekretorischen Störungen.

Wenn Patientin eines Tages plötzlich Ball spielte, so spräche das durchaus nicht gegen Jugendirresein; Patientin brauche dazu nicht einmal besonders genötigt gewesen zu sein, im Gegenteil, Katatoniker z. B. durchbrächen ihren Zustand häufiger gerade spontan. Wenn Intelligenzdefekte bisher nicht festgestellt seien, so könnten größere in der ersten Zeit fehlen, feinere, besonders gemütliche, die sich früher anmelden, könnten bei Hemmungen, wie dieses Kind sie darbiete, verdeckt sein; solange ein derartiger Krankheitsprozeß noch stark aktiv sei, dürfe man auf Intelligenzprüfungen nicht allzu hohen Wert legen, einwandfreie seien zu solcher Zeit doch kaum zu machen.

Ob es eine Stupidität gebe, möge dahinstehen, vielleicht seien derartige Fälle qualitativ der nämliche Krankheitsvorgang wie die Dementia praecox; nur der Grad der resultierenden Wesensveränderung unterscheide. Wieweit eine solche hier eintreten könne, sei nach alledem, was aus den Ausführungen des Herrn Vortragenden hervorgehe, und aus dem, was man an dem Kinde sehen könne, noch gar nicht ausgemacht. Jedenfalls seien nach Ansicht des Referenten die Gründe, die den Herrn Vortragenden bewogen, hier Stupidität, also auch eine günstige Prognose, anzunehmen, nicht ausreichend oder genügend klar gelegt.

Herr *Liepmann* weist darauf hin, daß die bisherige Haltung der Kranken allerdings sehr an die bekannten katatonischen Bilder erinnere, bei denen sich auch häufig, wenn auch nicht ein so exzessiver Speichelfluß finde. Um der Korona eine eigene Anschauung zu verschaffen, bittet er um Demonstration des motorischen Verhaltens der Patientin.

Herr *Möller* macht zu der bei vorliegendem Fall stattgefundenen Intelligenzprüfung auf zwei methodische Punkte aufmerksam. Die Resultate von Rechenaufgaben mit unbenannten Zahlen im Bereich der üblichen vier Rechnungsarten dürften in diagnostischer Hinsicht nicht ohne weiteres für eine allgemeine Beurteilung der Intelligenz verwertbar sein. Die Veranlagung für Zahlenverhältnisse sei eine durchaus einseitige Begabung, die, wie bekannte Fälle beweisen, sogar bei ausgesprochenem Schwachsinn vorkommen könne. So erkläre sich auch eine pädagogische Erfahrungstatsache, daß zuweilen schlechte Rechner gute Mathematiker seien und umgekehrt. Für die weitere Ausgestaltung der Rechenprüfungen bei Intelligenzuntersuchungen empfehle sich die Heranziehung sogenannter angewandter Aufgaben, in denen nahezu alle

menschlichen Lebensverhältnisse berührt werden könnten. Besonders geeignet seien solche, bei denen die Arten der zur Lösung anzuwendenden Rechnungsarten erst durch Überlegung gefunden werden müßten, um zum Resultat zu gelangen. Derartige Aufgaben gäben Gelegenheit zu nachweisbaren Denkleistungen und hätten außerdem den Vorteil der „Lebensnähe“ im psychologischen Sinne. — Was zweitens die Verwendung von Geschichten bei Intelligenzprüfungen betreffe, so seien wenig oder nicht bekannte solchen allgemein bekannten, wie deren eine der Herr Vortragende erwähnte, vorzuziehen. Bei allgemein bekannten Geschichten, wie dem genannten Märchen, sei es naturgemäß unkontrollierbar, inwieweit bei einer Wiedererzählung u. dgl. eine kritisch verwertbare Leistung vorliege, und wie viele bereits früher festgelegte Assoziationen dabei benutzt wurden. Aus solchen Erwägungen heraus seien bereits früher von Herrn *M.* u. a. eine Anzahl von Fabeln und Parabeln des Babrios für derartige Zwecke methodisch bearbeitet und systematisch bei Untersuchungen in der psychiatrischen Klinik der Charité verwendet worden.

Herr *Ziehen* betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen der Frühform der Dementia praecox und der Stupidität in solchen Fällen. Das sehr jugendliche Alter spricht nicht gegen Dementia praecox. Andererseits kommen ähnliche schwere katatonische Symptome mit Salivation auch bei unzweifelhaften Fällen von Stupidität vor, welche in dauernde Heilung übergehen. Auch in solchen geheilten Fällen noch von Dementia praecox zu sprechen, ist nicht zulässig. Damit fiele das letzte Merkmal, welches den weiten Begriff der Dementia praecox noch zusammenhält. Man hat von senilen Formen der Dementia praecox, einer „senilen Hebephrenie“ sprechen wollen. Nun soll auch das prognostische Merkmal, auf welches die *Kraepelin*sche Schule in anderen psychiatrischen Klassifikationsfragen so großes Gewicht legt, gestrichen werden. Damit nähert sich die Dementia praecox der *Neumann*schen Einheitspsychose. Höchstens bliebe vielleicht noch der Dementia paralytica ein kleines Feld. Diese Erweiterung des Krankheitsbegriffes müssen wir entschieden ablehnen. Im vorliegenden Fall könnte nach dem Gesagten jetzt nur die Intelligenzprüfung über die genannte Differentialdiagnose entscheiden. Ref. führt aus, daß die Ergebnisse der Intelligenzprüfung zugunsten einer Stupidität sprechen. Demnach erscheint eine Heilung, und zwar auch eine dauernde Heilung als nicht unwahrscheinlich.

Herr *Boedeker*: Psychose bei Colitis mucosa.

Meine Herren! Ich erlaube mir Ihnen hier ein Gebilde zu zeigen, das im Stuhlgange einer Patientin Ende Mai d. J. sich vorfand. Die Länge betrug etwa 40 cm, es handelte sich um ein kontinuierlich zusammenhängendes Stück von bandwurmartig weißer Farbe. Auf die chemische Beschaffenheit gehe ich hier nicht näher ein, im wesentlichen dürfte es sich um Darmmuzin handeln. Grund dieser Demonstration liegt nicht

in diesem Befunde an sich, der bei der Häufigkeit der „Colitis mucosa" gewiß an sich kein allzu seltener ist, sondern in den Beziehungen dieses Leidens zu einem psychotischen Zustande und dem Verlaufe dieses letzteren und dessen Erkennung. Die Kranke, über die ich Ihnen kurz berichten möchte, ist jetzt 50 Jahre alt, russisch-jüdischer Provenienz, soll erblich nicht belastet sein, war intelligent, eine gute Gattin und Mutter usw. Vor etwa 1½ Jahren setzte das Klimakterium ein. Die ersten Krankheitserscheinungen traten vor etwa 2 Jahren auf: melancholische Verstimmungen mit Neigung zu lebhaften Träumen, vereinzelte Illusionen. Sie wurde von vornherein ärztlich behandelt mit Luftveränderung, internen Mitteln usw., dann auch 4 Wochen in einer Petersburger Anstalt, wo sie bereits über mannigfache Sensationen im Unterleibe klagte. Sie wurde jedenfalls für psychisch krank gehalten und erklärt. Im Oktober 1905 kam sie in eine deutsche Anstalt, in der sie sich ein volles Jahr hindurch fast ohne Unterbrechung sehr unruhig und zeitweise ungebärdig verhielt und durch ihr Verhalten eine Untersuchung nahezu unmöglich machte, indem sie fast unaufhörlich schrie. Der Inhalt ihres lauten Jammerns bezog sich auf Schmerzen und Druck in der Herz- und Magengegend, auf allerhand Gefühle, die sie in den Unterleibsorganen empfand, sie meinte, sie müsse einen Bandwurm oder ein inneres Gewächs haben, sei unheilbar, alle Behandlung nütze nichts usw. Angst und Verzweiflung waren so hochgradig, daß Patientin sich Kopfhaut und Gesicht blutig kratzte, das Schreien so intensiv, daß ein prolapsus vaginae erfolgte und die Lungenspitzen hernienartig vorgetrieben wurden. Eine Untersuchung in der Narkose ergab ein negatives Resultat. Behandlung mit Opium, Hyoscin, Morphin, Veronal, Einwicklungen usw. war erfolglos, das Gewicht nahm ab. Im Journal war als Diagnose „Dementia praecox" angegeben.

Im Oktober 1906 kam die Kranke zu uns in Behandlung. Während der ziemlich weiten Reise soll sie sich ganz ruhig verhalten haben. In der Anstalt begann sofort ein lautes, unaufhörliches Schreien: abermals waren und blieben es auch in der Folgezeit furchtbare Schmerzen im Leibe, Kochen in den Därmen, Ziehen usw., worüber laut gejammert und gestöhnt wurde. „Es ist, als ob sich da etwas herausziehen will, als ob sich der ganze Magen mitzöge und verschoben werde, eine andere Richtung annehme, als ob sich eine Röhre krumm schiebe, eine Blase sich ausdehne und wieder zusammenziehe" usw. usw. Eine Palpation war nicht durchzuführen. Auf Wunsch des Gatten wurde ein Psychiater zugezogen, der die Diagnose auf „Paranoia hypochondriaca" stellte. Die Behandlung mußte sich praktisch in erster Linie darauf richten, das unaufhörliche Schreien zu mäßigen. Weil ein körperliches Grundleiden nicht festgestellt worden war, versuchte man es mit suggestiven Einwirkungen. Da die Kranke beständig operiert zu werden verlangte, wurden sämtliche Vorbereitungen zu einer großen Operation getroffen,

die Patientin chloroformiert, ein großer Hautschnitt gemacht, nachher ein großer Verband angelegt usw. Sogleich nach der Operation begann indes das Schreien wieder, und es zeigte sich, daß die Kranke trotz aller Prophylaxe an die ganze Operation nicht glaubte. Da die Kranke selbst gelegentlich sagte, sie habe gesehen, wie eine andere Kranke nach der Sondenfütterung ganz ruhig geworden sei, und fragte, warum man sie denn nicht mit der Sonde füttere, wurde es mit der Schlundsondenernährung versucht, zu der im übrigen eine Indikation nicht bestand. Dies half nach kurzer Zeit wenigstens insofern, als die Kranke tatsächlich aufhörte, so laut zu schreien, im übrigen blieb alles beim alten, insbesondere bestanden die subjektiven Klagen und Beschwerden über Schmerzen, Ziehen usw. im Abdomen unverändert fort. Es unterlag keinem Zweifel, daß es sich bei der Sondenernährung durchaus nicht um eine suggestive, günstige Beeinflussung gehandelt hatte, sondern daß die Kranke lediglich deshalb aufhörte, so laut zu jammern, um sich der unangenehmen und schmerzhaften Manipulation nicht weiter auszusetzen. Jedenfalls aber blieb nunmehr die Kranke ruhiger. Es wurde dann Ende Mai des Jahres, wie oben erwähnt, der Mucinstrang im Stuhle gefunden und damit endgültig festgestellt, daß ein organisches Leiden tatsächlich vorlag. Bei einer nunmehr stattfindenden Konsultation mit einem Magenarzte benahm sich die Patientin wieder außerordentlich ungebärdig, schrie, jammerte und stöhnte, glaubte nicht an die Diagnose, verlangte nach einem Chirurgen usw. Weil sie glaubte, dem Arzte nicht alles nötige gesagt zu haben, schrieb sie für ihn noch folgendes auf: „Ich schreie, weil ich mit meinem Geschrei denke, alles im Magen aufzuheben; ich habe solch ein Gefühl, als ob im Magen da sich was losreißen will. Fühle solch ein Saugen im oberen Teile des Magens. Vom Kreuz aus oder Rücken (weiß nicht wie zu sagen) fühle ich ein schauderhaftes Ziehen nach dem After und nach vorne. Ein Gefühl, als ob ich oft etwas, wie ein Tropfen, vom After verliere. Den Knochen, der hervorragt an der rechten Seite, habe ich vergessen zu zeigen. Beim Stuhl fühle ich, als ob sich da was nachzieht und nicht heraus kann. Ein entsetzlicher Schmerz hoch im After. Jetzt schreibe ich und stehe und stöhne, weil meine Empfindungen im Leibe schauderhaft sind. Diese Tage habe Stuhl ohne Nachhilfe, weil ich Opium nicht mehr nehme — aber meine Schmerzen sind immer stärker, ich weiß selbst, daß ich mir schauderhafte Gebärden angewöhnt habe — aber ich tue es vor Verzweiflung, daß man meine innere Krankheit nicht versteht und meine Schmerzen nicht glaubt. Was hilft mein unendliches Schreiben? — — — Welche Nächte ich verbringe oder überlebe, ich bin ein eiserner Mensch, daß ich es vertrage, und welche Tage. Dies Bischen Schlafmittel (ob es ist ein Schlafmittel?) nehme ich am Morgen, denke mich zu betäuben und damit meine Schmerzen zu lindern. Ja, ich sitze am Tisch (Speisetisch

zu Mittag) und am Abend eine Stunde auf der Veranda — aber wie? Ich sitze wie in gehackten Wunden, denn im Zimmer ist mir vor Schmerzen noch ängstlicher, ich sitze da doch wie ein Unmensch und stöhne innerlich. Die Drohungen: „Werden Sie aufhören zu stöhnen" — ja, wie kann ich aufhören, wenn ich leide übermenschlich. Ja, man denkt, was plaudert die Verrückte da? Besser der Tod als leben mit solchen Leiden. Ich habe mir ja alle Haare ausgerissen vor Verzweiflung, daß man meine Schmerzen nicht glaubt. Ich kann schreiben von heute bis morgen, und niemand wird glauben meine Schmerzen."

Es ist hervorzuheben, daß irgendwelche paranoische Verarbeitung der Empfindungen nicht festgestellt werden konnte, krankhafte Eigenbeziehungen wurden während des ganzen Verlaufs, der sich über 1¾ Jahre hinzog, nicht beobachtet. Ebensowenig wurde eine Beeinträchtigung der Intelligenz, des Gedächtnisses, überhaupt der geistigen Fähigkeiten bemerkt. Es konnte also tatsächlich weder von einer Dementia praecox noch von einer hypochondrischen Verrücktheit jemals die Rede sein. Alles, was die Patientin äußerte, hatte einen nachweisbaren Zusammenhang mit den Empfindungen im Abdomen, und ihre vielfachen Klagen, daß man ihr Leiden nicht richtig erkenne, daß sie ein Gewächs haben müsse, eine Operation erforderlich sei, finden ihren begreiflichen bzw. tatsächlichen Grund in dem organischen Leiden, das wirklich bestand. Da sie jetzt bei ruhigerem Verhalten deutlicher und verständlicher sich auszudrücken vermag, erkennt man, daß die Kranke innerlich stets dagegen protestiert hat, für geisteskrank gehalten zu werden und in einem Irrenhause interniert zu sein; sie gibt aber andererseits zu, daß bei einem derartigen äußeren Verhalten sie mit Gesunden nicht zusammenleben könne.

Trotz alledem muß man hier von einer Psychose sprechen; das krankhafte psychische Moment besteht in den Vergrößerungsempfindungen, die zweifellos mit Bezug auf die vielfachen Sensationen bestanden, und es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß, obwohl ja zweifellos eine durch einen äußeren Reiz entstandene Erregung vorliegt, die Vorstellungen hier in pathologischer Richtung tätig sind und illusionäre Organempfindungen zum Ausdruck bringen. Die Unbestimmtheit des wirklichen Sinnesreizes, wie sie gerade in bezug auf abdominale Organempfindungen besteht, ist bekanntlich besonders geeignet, zu illusionärer Verstärkung zu führen, ebenso wie dies der beständige Affekt zu bewirken geeignet ist, unter dem die Kranke sich befindet, vor allem Furcht, Angst, wohl seltener Hoffnung.

Es ist Ihnen bekannt, daß von anderer Seite die Krankheitsform einer Myxoneurosis intestinalis aufgestellt wurde für solche Fälle von Colica mucosa, die rein nervöser Natur zu sein scheinen, und es läge nahe, auch hier an eine solche zu denken. Ich möchte mich indes der Meinung derjenigen anschließen, die auch diese Myxoneurosis lediglich als eine akute Exazerbation eines chronischen Katarrhs des Kolon auffassen, und

darauf hinweisen, daß ein solcher Katarrh ja ebensowohl bei nervösen wie bei nicht nervösen Personen eintreten könne. Die habituelle Obstipation, die als die Hauptursache der Colitis mucosa betrachtet wird, kommt sehr häufig, wie gerade uns ja sehr wohl bekannt ist, als nervös-funktionelle Störung bei nervös disponierten Individuen vor. Kein Wunder also, daß die Colitis mucosa sich besonders häufig bei hysterischen, neurasthenischen usw. Personen findet.

Hysterische Symptome zeigte unsere Patientin in keiner Beziehung, eher könnte man noch von Neurasthenie sprechen; das richtigste scheint mir, hier nur von einer nervös-psychischen Disposition zu sprechen, die durch das organische Leiden zu einer psychischen Störung des erwähnten Charakters geführt hat. Zurzeit wird eine diätetische Kur durchzuführen versucht, bisher sind Erfolge nicht zu verzeichnen; die Prognose scheint mir nach allem eine zweifelhafte zu sein. Ob sich der Verlauf günstiger gestaltet hätte, wenn gleich zu Beginn das organische Leiden diagnostiziert und behandelt worden wäre, wage ich nicht zu entscheiden.

Gock.

Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 24. und 25. April 1908 in Berlin stattfinden.

Es sind folgende Referate vorgesehen:

I. Endzustände der Dementia praecox. Ref.: *Bleuler*-Zürich und *Jahrmärker*-Marburg.

II. Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform. Ref.: *Cramer*-Göttingen.

An Vorträgen sind bisher angemeldet:

1. *Alt*-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Anstalt.
2. *Brodmann*-Berlin: Der gegenwärtige Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde.
3. *Birnbaum*-Herzberge: Über kurzdauernde Wahnbildungen auf degenerativer Basis.

Weitere Anmeldungen werden erbeten an San.-R. Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein ist beigetreten die Provinzial-Idiotenanstalt zu Schleswig.

Personalnachrichten.

Dr. *Otto Binswanger*, Geh. Med.-Rat in Jena, hat am 3. November sein 25 jähriges Professorjubiläum gefeiert,

Dr. *Paul Albrecht*, bisher Oberarzt in Treptow a. R., ist Oberarzt in Ückermünde,

Dr. *Vollheim*, bisher Ass.-Arzt in Lauenburg i. P., ist Oberarzt in Treptow a. R. geworden,

Dr. *Alex. Pilcz*, Priv.-Dozent in Wien, ist zum ao. Professor daselbst ernannt worden,

Dr. *W. Passow*, Geh. San.-Rat u. Dir. der städtischen Irrenanstalt in Rostock, u.

Dr. *Arthur Brückner*, Geh. San.-Rat u. Dir. der schlesischen Prov.-Anstalt in Kreuzburg, sind gestorben.




FERD. STEMLER

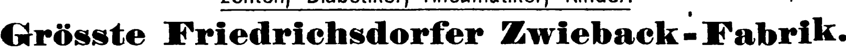
Hof- und Kammerlieferant
FRIEDRICHSDORF (Taunus).




Leicht verdauliche Zwiebäcke von unübertroffen delikatem Wohlgeschmack.

Spezialität f. Magenleidende, Rekonvaleszenten, Diabetiker, Rheumatiker, Kinder.

Grösste Friedrichsdorfer Zwieback-Fabrik.



Blankenburg (Harz)

Kuranstalt für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige von

San.-Rat Dr. **Müller** u. San.-Rat Dr. **Rehm.**

Gegründet 1862 als die erste ihrer Art. Großer alter Park.
Auch im Winter gut besucht.

Institut für Zurückgebliebene

E. Hasenfratz in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich** und **geistig Zurückgebliebener,** sowie **nervöser,** überhaupt **schwer erziehbarer** Knaben und Mädchen. **Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender Unterricht. Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine staatlich geprüfte Lehrkraft.

Sehr gesunde Lage. **Erste Referenzen.**

Bericht über 15-jährige Tätigkeit und Prospekt gratis.

Die Nervenheilanstalt Speichersdorf
bei Königsberg i. Pr.

liegt in unmittelbarer Nähe der Stadt. **Die Einrichtungen für Bäder, Elektrotherapie etc. entsprechen den modernen Anforderungen.** Die Anstalt, inmitten schöner, alter Parkanlagen und mit elektrischer Beleuchtung, Zentralheizung etc. versehen, ist zur Aufnahme nervöser und gemütsleidender Patienten beiderlei Geschlechts eingerichtet. Mäßige Preise.

Dr. Steinert, Chefarzt.

Unter allen Mitteln,

welche die Darmtätigkeit anregen und die Stuhlfunktion regulieren, nehmen Apotheker **„Kanoldt's Tamarinden"** aus Gotha den ersten Platz mit ein.

Namhafte Ärzte bestätigen die prompte und sichere Wirkung dieses **Laxativs** in Konfitürenform gegen **Verstopfung, trägen Stuhl** und deren Folgen, wie **Hämorrhoiden, Kongestionen, Leberleiden, Migräne** usw.

In Schachteln (6 Stück) für 80 Pf., auch lose in Kartons à 50 und 100 Stück **aus fast allen Apotheken zu beziehen.**

Allein echt, wenn von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha.

PRIVAT-HEIL-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTSKRANKE

WOLTORF (Braunschweig). Fernsprecher, Amt Peine 288.

Ruhig gelegene Anstalt mit großem Park in waldreicher Umgebung — Zwei Häuser — Elektrisches Licht — Zentralheizung — Beschränkte Patientenzahl — Aufnahme von Pensionären — Monatspension 150—250 M. — Auskunft und Prospekte durch den leitenden Arzt

Dr. ALBER

früher vieljähriger Assistenzarzt an der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen.

Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke

von **Dr. Richard Fischer**

Neckargemünd bei Heidelberg.

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

Prospekte frei durch die Direktion.

J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung, G. m. b. H. in Berlin W. 35.

Krankenversicherungsgesetz. Text-Ausgabe mit Anmerkungen u. Sachregister von **Dr. E. von Woedtk** Elfte, neu bearbeitete Auflage. Herausg. von Dr. Georg Eucken-Addenhaus Geh. Regierungsrat und vortr. Rat im Reichsamt des Innern. Taschenformat. Gebund. in ganz Leinen 3 Mk. Der größere Kommentar erscheint nach Verabschiedung der Aussicht stehenden Novelle.

Heilanstalt Kennenburg bei **Esslingen** (Württemberg)

für psychisch Kranke weibl. Geschlechts.

Prospekte frei durch die Direktion.

Besitzer und leitender Arzt Hofrat **Dr. Landerer.** — **Dr. Krauss.**

Nervöse, körperlich zarte, minderbegabte u. a. leicht abnorme Kinder

[illegible] Geschlechts, welche vorübergehend oder auch andauernd einer Erholung, einer besonderen Schonung oder einer individualisierenden Behandlung in Unterricht, Erziehung oder Körperpflege bedürfen, finden Aufnahme in

Trüpers Erziehungsheim und Kindersanatorium

auf der **Sophienhöhe** bei **Jena.**

[illegible] Lage, 20 Minuten von der Stadt in freier, landschaftlich schöner Umgebung, inmitten eines [illegible] großen Parkes. Sorgfältigste Verpflegung. Moderne hygienische Einrichtungen: **Großer Turn- und [illegible]gymnastischer Saal, heizbares Schwimmbad, Wannen- und Duschenbäder, Luft- und Sonnenbäder. Reformschule** mit 6 aufsteigenden Klassen. Modellier-, Schnitz- und Gartenbauunterricht [illegible] Lehrgegenstände. Angegliedert: **Gartenbauabteilung** für solche, welche auf die Absolvierung [illegible] höheren Schule verzichten müssen. Nervenärztlich beraten durch Geh. Med.-Rat Prof. **Dr. Binswanger.** Behandelnde Ärzte: Prof. **Dr. Giese** als Hausarzt, Privatdozent **Dr. Strohmayer** als Nervenarzt.

Prospekte und nähere Auskunft durch den Besitzer und Direktor **J. Trüper.**

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis

mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen. **Dreizehnte vermehrte Auflage.** Herausg. von Privatdoz. Dr. Alfred Fuchs. gr. 8⁰. 1907. geh. M. 11.—; in Leinw. geb. M. 12.40.

Sanatorium Buchheide

Finkenwalde b. Stettin.

Heilanstalt für

Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.

(Psychosen ausgeschlossen.)

4 Gebäude. **Dr. Colla.**

Heilstätte für alkoholkranke Männer

Ellikon a. d. Thur (Schweiz).

Gegründet 1889 als gemeinnütziges Institut

unter ärztlicher Aufsicht. Bescheidene Pensionspreise. Unbemittelten kann durch den Verein „Sobrietas" (Verband geheilter Pfleglinge von Ellikon) sowie durch einen Spezialfonds der Anstalt Erleichterung der Kosten gewährt werden. **Anfragen** sind zu richten an **J. Bosshardt, Hausvater der Heilstätte in Ellikon a. d. Thur.** Ferner vermitteln Anfragen und sind zu jeder Auskunft über die Anstalt bereit die Herren **Prof. Dr. Bleuler, Burghölzli-Zürich V,** Präsident des Direktionskomitees, und **Direktor Dr. Ris, Rheinau** (Zürich).



Dr. GUDDENSCHE HEILANSTALT PÜTZCHEN

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts der gebildeten Stände

(Entziehungs-Kuren)

Am Fuße der Ausläufer des rhein. Siebengebirges.

Pavillonsystem • Zentralheizung • Elektr. Licht • Pension 240—300 Mk. • Familienanschluß
Vermietung von Etagen • Wagen im Hause • Telephon 229 (Amt Bonn) • Drei Ärzte.

Dr. C. GUDDEN, konsult. Arzt, Bonn. Dr. A. PEIPERS, dirig. Arzt und Besitzer.

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35

VOR KURZEM ERSCHIEN:

DIE ALLGEMEINE CHIRURGISCHE PATHOLOGIE UND THERAPIE

IN EINUNDFÜNFZIG VORLESUNGEN

EIN HANDBUCH FÜR STUDIERENDE UND ÄRZTE

VON

Dr. THEODOR BILLROTH UND Dr. ALEX. v. WINIWARTER

WEIL. PROFESSOR DER CHIRURGIE IN WIEN. PROFESSOR DER CHIRURGIE IN LÜTTICH.

—— SECHZEHNTE AUFLAGE ——

PREIS GEHEFTET M. 15.—, GEBUNDEN IN HALBFRANZ M. 17.—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.



W. Schröters Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene

Oppellstr. 44/44b. DRESDEN-N. Oppellstr. 44/44b.

Aufnahme von Knaben und Mädchen — auch älteren —, welche infolge ihrer Schwächlichkeit und geringeren Begabung einer besonderen Behandlung in Pflege, Erziehung und Unterricht bedürfen. — Gärtnerei u. Handarbeitsunterricht. Hausarzt: Nervenarzt **Dr. H. Böhmig,** Konsiliarius Hofrat Dr. **Ganser,** Oberarzt der städt. Heil- u. Pflegeanst. Nähere Auskunft durch den Besitzer u. Leiter **W. Schröter.**

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35.

Soeben erschien:

PATHOLOGIE UND THERAPIE DER KEHLKOPF-TUBERKULOSE

von

Dr. G. BESOLD, Badenweiler und **Dr. H. GIDIONSEN,** Düsseldorf.

Mit einem Geleitworte

von Exzellenz Wirkl. Geheimrat D. Dr. med. **Moritz Schmidt.**

Mit 2 Tafeln und 1 Textabbildung. PREIS M. 4.—

—— ZU BEZIEHEN DURCH ALLE BUCHHANDLUNGEN. ——

VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35.

Soeben erschien:

Carl Schurz

Lebenserinnerungen

:: **Band II (Schlußband).** ::

Preis geh. M. 9.—, geb. M. 10.—.

Früher erschien: **Band I.**

Preis geh. M. 7.—, geb. M. 8.—.

Zu den seltenen Menschen, deren Name in zwei Welten vollen Heimatklang hat, gehört Carl Schurz: als Jüngling die lichteste Gestalt aus der politischen Frührenaissance Deutschlands, als Mann und Greis der Liebling und Nestor unter den staatsmännischen und geistigen Führern seines Adoptivvaterlandes. Er war Amerikaner geworden und Deutscher geblieben; er hat den Träumen seiner Jugend Achtung gezollt, als er Mann geworden war. Eine Primzahl an Gaben und Charakter, ein Kolonisator deutscher Art in seiner neuen Heimat. :: :: :: ::

Inhalt.

Fünftes Heft.

Originalien.

Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

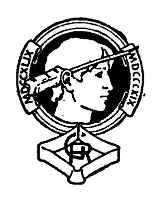
DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

VIERUNDSECHZIGSTER BAND
SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 17. JANUAR

MIT 2 TEXTFIGUREN



BERLIN
W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1908

Jährlich ein Band von 7 Heften (6 Hefte Originalien und 1 Heft Literaturbericht). Preis M. 30.—.

Statt Eisen! *Statt Lebertran!*

Hæmatogen Hommel

völlig alkohol- und ætherfrei.

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin)**, sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches **Produkt** ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur.. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

——— Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.** ———

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

Nicolay & Co., **Hanau a. Main. Zürich. London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill. St. Petersburg, Smolenskaja 33.**

Vertretung für Nord-Amerika: **Lehn & Fink,** William Street 120, **New York.**

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

DURCH

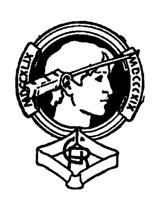
HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

VIERUNDSECHZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1906

REDIGIERT VON

E. SCHULTZE und **O. SNELL**
GREIFSWALD LÜNEBURG



BERLIN

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1907



Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Zweites und drittes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.

Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Die Abnormitäten der Aszendenz in Beziehung zur Deszendenz.

Von

Geh. Med.-Rat Dr. *Tigges* in Düsseldorf.

Inhaltsangabe.

Größe der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz bei den Aufnahmen.

In den Tabellen S. 893 sind die einzelnen Abnormitäten der Aszendenz (resp. der Geschwister bei fehlender Krankheit usw. der Aszendenz) in Beziehung gesetzt zur Deszendenz (resp. zu den Geschwistern).

Nach den Vorschlägen des Vereins deutscher Irrenärzte (*Laehrs* Zeitschr. 1874) sind diese Abnormitäten: Geisteskrankheit, Nervenkht, Trunksucht, Selbstmord, auffallende Charaktere, Vergehen. Wo

mehrere Abnormitäten der Asz. vorliegen, soll, um ein übereinstimmendes Verfahren und damit eine Vergleichbarkeit der Resultate herbeizuführen, die Rubrizierung immer im Sinne der vorherstehenden Abnormität ausgeführt werden. — Dieses Verfahren scheinen die deutschen Anstalten und ebenso die schweizerischen Anst., Aufnahmen 1892 im wesentlichen befolgt zu haben. Auch *Diem*[1]) stimmt dem Inhalte der Abnormit. nach überein. So rechnen zu den Nervenkhten die Vorschläge des Ver. d. D. I.-Ärzte funktionelle und organ. Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks. *Diem* sagt S. 235 und 236: Unter den funktionellen Neurosen figurieren Neurasthenie, Nervosität, Hysterie, Epilepsie, traumatische und Schreckneurosen, Migräne, Chorea, Enuresis, Paralysis agitans usw. Zu den organischen Nervenkhten gehören die eigentlichen anatomischen Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks (tabes), Sklerosen, Lähmungen, Apoplexie. *Diem* führt dann weiter eine Sonderung dieser Zustände ein in Nervenkhten, Apoplexie und Dementia sen.

Dagegen weicht *Diem* in betreff der Aufeinanderfolge der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz ab und führt folgende Reihenfolge an (S. 230): Geisteskrankheit, Idiotie, Epilepsie, Selbstmord, auffallender Charakter, Nervenkrankheit, Potus, Apoplexie. — Hierdurch würde z. B. der auffall. Char. vor Nervenkht, Trunksucht, Apoplexie bei Rubrizierung der Einzelaufnahmen in den Vordergrund rücken u. demgemäß eine höhere Ziffer liefern, als bei Befolgung der Vorschläge der deutschen Irrenärzte.

Der auffallende Char. der Asz. gibt an und für sich schon zu verschiedenen Auffassungen Veranlassung, wofür die Ausführungen *Diems* Material an die Hand geben.

Wenn man zunächst die Privatanstalt Nr. 12 außer Betracht läßt, so weichen in Tab. S. 893 die drei ersten Statist. bez. der Höhe der Erbl.-Ziffer sehr voneinander ab. Die drei rhein. Stat. haben eine Erbl.-Ziffer von 41,4 (die drei einzelnen Statistiken schwanken zwischen 39,8—42,4), die schweiz. Anst. steigen bis 58,9, Zürich bis 78,2. Die letzte Berechnung ist nach Zahl der sichern Anamnesen gemacht (1850 Fälle), wenn man die Berechnung wie bei den andern Stat. nach der S. der Aufnahmen (2273 F.) macht, so beträgt sie 63,7%. In den folgenden Stat. kommt noch in Kol. 6, Sachsenberg II, 61,1% vor, z. großen Teil bedingt durch den ganz isolierten Hochstand der Nervenkht und des Selbstmordes der Asz., während Sachs. I 46,5% hat. Auch Siegburg I hat 49,0 während Siegburg II 44,7% hat.

---

[1]) *Diem*, Die psychoneurotische erbliche Belastung der Gstgesunden und Gstkr., Archiv für Rassen- u. Gesellschafts-Biologie 1905, H. 2 u. 3, Berlin.

Größe der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz bei den Aufnahmen.

Aszendenz	1. 3 Rhein. Statist. 1876 bis 1902.	2. Schweiz. Anstalt. 1892	3. Zürich 1881 bis 1892	4. Düren 1878 bis 1887	5. Sachsenberg I. 1871 bis 1875	6. Sachsenberg II. 1887 bis 1904	7. 3 westf. Anst. 1873 bis 1887	8. Stefansfeld 1872 bis 1873	9. Siegburg I. 1867 bis 1869	10. Siegburg II. 1871 bis 1873	11. S 6 Anst. 4.5.7. bis 10	12. *Thomsen*
Geisteskrankht	22,5	34,0	38,3	30,2	28,6	30,0	30,1	28,7	35,9	28,9	30,4	38,7
Trunksucht	8,3	9,2	16,0	4,9	5,5	8,4	3,2	6,3	3,2	3,7	4,4	7,7
Nervenkrankht	5,5	9,4	7,9	6,9	4,4	13,2	5,9	6,3	5,8	7,5	6,1	26,8
Auffall. Char.	4,2	3,9	14,9	3,6	6,8	4,2	1,8	5,6	3,0	4,3	4,2	—
Selbstmord	0,72	1,4	1,0	0,2	0,8 (3,5)	5,4	0,9	0,5	0,6	0,17	0,5	3,1
Vergehen	0,2	0,86	—	0,13	0,3	0,07	0,1	—	—	—	0,15	—
Summe	41,4	58,9	78,2	45,9	46,5	61,1	42,1	47,5	49,0	44,7	45,9	76,3
Zahl der Aufnahmen	7339	1761	1850	2061	366	2118	4874	394	902	1207	9804	194

Kol. *2*, Schweiz. Anst. nach Schweiz. Statistik, 99. Lieferung Bern 1894. — Kol. 3, Zürich von *J. Koller*, Archiv f. Psychiatrie, 27. Bd. — Die übrigen Statist. nach den Anstaltsberichten. — Kol. 12, *Thomsen*, Bericht der Herzschen Anstalt von 1866—92, S. 26.

Läßt man die Kol. Nr. 1, 2, 3, 6 fort, so haben die übrigen 6 Stat. eine Schwankungsbreite von 42,1 bis 49,0. Die vorletzte Kol. (11), welche das arithmet. Mittel von 6 mehr gleichmäßigen Statistiken angibt, hat 45,9 %.

Die wichtigste von allen Abnormitäten der Aszendenz ist die G e i s t e s k r a n k h t. Sie macht die Hälfte bis $^{2}/_{3}$ der Gesamterblichkeit aus. Die 3 ersten Kolonnen weichen wieder sehr voneinander ab. Nr. 1, rheinische Anst. haben für Geisteskht der Asz. überhaupt die niedrigste Ziffer, 22,5, die 3 einzelnen Stat. schwanken zwischen 21,1 und 23,8 %. Die hohe Ziffer von 38,3 in Zürich verwandelt sich in 31,2

bei Berechnung zur Gesamtzahl der Aufn. Siegburg I hat die hohe Ziffer von 35,9, während Siegburg II 28,9 % hat. Wenn man die Kol. 1, 2 und 9 fortläßt, so bewegen sich die andern sieben Kol. zwischen 28,6 und 31,2 (letzt. Zürich). Die Mittel-Kol. 11 hat 30,4. Die Gstkht der Asz. hat die geringste Schwankung von allen Abnormitäten der Asz. — Der Abfall von der Gstkht. bis zur nächst höchsten Abnormität der Aszendenz ist ein beträchtlicher, so daß diese mit einer Ausnahme (3) nur ungefähr den 3.—5. Teil oder noch weniger von der Zahl der Gstskht bildet. Diese zweithöchste Abnormität ist 2 mal die Trunksucht, 2 mal findet sich Gleichheit zwischen Trunksucht und Nervenkrankheit, 5 mal stellt die Nervenkht den zweithöchsten Wert dar und einmal die auff. Char. — Für Trunksucht haben die Nr. 1 bis 3 höhere Werte als die folgenden, mit Ausnahme von Nr. 6. Diese folgenden Statist. gehören im allg. einer früheren Zeitperiode an, als die 3 ersteren, mit Ausnahme gerade von 6, Sachsenberg II, welches auch in einer früheren Periode einen niedrigeren Satz hat. Auch in Nr. 1, 3 rhein. Statistiken hat die frühere Periode von Merzig (1880—88) 7,4, während die spätere (1888—1902) 8,6 hat. Hier drängt sich die Vermutung auf, daß die Eltern der Generation, welche gegen 1870—1880 zur Aufnahme gelangte, weniger getrunken haben, als die der späteren. Eine ungewöhnliche Höhe für Trunksucht stellt Zürich mit 16,0 % resp. 13,0 bei Berechnung zur Gesamtzahl der Aufn. Die 3 ersten Statist. u. Nr. 6 haben daher einen PC.-Satz der Aufn. von 8,3—13,0, während die übrigen 6 für Trunksucht der Asz. einen PC.-Satz von 3,2—6,3 stellen. Kol. 11, welche das arithmetische Mittel von 6 Statist. darstellt, hat 4,4 %. — Bei Nervenkhten der Asz. steht Sachs. II ganz isoliert mit 13,2, während die frühere Periode von Sachsenberg auch nur 4,4 % hat. Die Ziffer 7,9 von Zürich verwandelt sich bei Berechnung zu allen Aufn. in 6,5. Läßt man Nr. 6 außer acht, so haben die Nervenkhten. der Asz. in 7 Stat. 6,9—4,4 %, 2 mal 7,5—9,4 %. Der Mittelwert von 4—10, (exkl. 6) beträgt 6,1 %. — Für auffall. Char. hat Zürich die ganz isolierte Zahl von 14,9, bei Berechnung zu allen Aufn. 12,1 %. Läßt man diese und weiter Nr. 7 mit dem ganz isolierten Satze von 1,8 außer Betracht, so haben von den übrigen Stat. 6 einen Satz von 3,0—4,3, 2 von 5,6—6,8. Bei dem hohen Satze

von Zürich könnte man an eine andere Art der Rubrizierung denken, wenn etwa *Koller Diems* Verfahren befolgt hätte. doch kann es sich auch um regionäre od. subjektive Verschiedenheiten des Forschers handeln. — Bei Selbstm. der Asz. ist die hohe Zahl von Nr. 6, Sachsenberg II, 5,4 auffallend. Bei Sachs. I (Nr. 5) findet sich die eingeklammerte Zahl 3,5. Dies sind Selbstmorde, welche den vorhergehenden Abnormitäten der Asz. angehörten. Dies würde mit den 0,8 dieser Zeile 4,3 ausmachen. Es liegt nahe, den Ursprung der Ziffer 5,4 der späteren Periode von Sachs. in derselben Weise zu erklären. Von den anderen Statist. haben Zürich und die Schweiz. A. für Selbstm. 1,0 (resp. 0,8)—1,4 %, die andern 0,2—0,9, die Mitteltab. 11 hat, nach Ausschluß von 6, für Kol. 4—10 : 0,5 %. — Die Werte für Vergehen der Asz. sind überall sehr niedrig.

Kol. 12, eine Privatanstalt, weicht mehrfach von den öffentlichen ab, z. T. vielleicht wegen genauerer Ermittelung, z. T. wohl, weil sie ihre Kranken mehr aus anderen Gesellschaftsklassen bezieht. Die Erblichkeitsziffer 76,3 ist eine hohe, die Geisteskht, 38,7, hat die höchste Ziffer von allen, Trunksucht, 7,7, eine mäßig hohe. Die Nervenkrankheiten haben die isolierte Ziffer von 26,8. Zu bemerken ist noch, daß außer dem Inhalt dieser Tabelle noch 46 Nervenkranke aufgenommen wurden, welche in aufsteigender Erbl. 21 Fälle u. ferner 5 Selbstmorde stellen. — Die auffallenden Char. fehlen ganz. Die Selbstmorde der Asz. 3,1 stellen eine höhere Zahl, als die öffentlichen Anstalten.

Wenn man sich auf die öffentlichen Anstalten der Tab. 893 beschränkt, so ergeben sich für die vier maßgebenden Abnormitäten der Aszendenz folg. Proz.-Sätze der Aufnahmen:

für Geisteskrankheit: 7 mal 28,6—31,2, 1 mal 22,5, 1 mal 35,9 %.

für Trunksucht: 6 mal 3,2—6,3, 4 mal 8,3—13,0;

für Nervenkrankheiten: 7 mal 4,4—6,9, 2 mal 7,5—9,4;

für auffallenden Charakter: 6 mal 3,4—4,3, 2 mal 5,6—6,8, 1 mal 12,1.

Die Abnormitäten der Aszendenz in Beziehung zu den Erblichkeitsstufen der Deszendenz.

In folgendem ist, wie in den meisten deutschen Statistiken, entsprechend den Vorschlägen des Vereins deutscher Irrenärzte (l. c.) der

Ausdruck: Indirekte Erblichkt für die S der Fälle von Erkrankung der Großeltern u. von Onkel u. Tante bei Intaktheit der Eltern angewandt. In beiden Fällen erfolgt keine direkte Übertragung auf die Nachkommen. Auch bei Erkrankung von Onkel und Tante muß man auf die Großeltern rekurrieren, mögen diese oder ihre Eltern nun gstkr. gewesen sein, oder mag die Disposition zur Übertragung der Anlage zur Gstkht bei ihnen zuerst entstanden sein. Es fragt sich nur, ob die Disposition zur Übertragung bei Erkrankung der Großeltern eine intensivere ist, als da, wo nur Onkel und Tante erkrankten. Es liegen mir augenblicklich einige Zahlen vor, allerdings nur für die Erkrankung sämtlicher Angehörigen.

		Eltern	Großeltern	Onkel u. Tante
J. Koller	Geisteskr.	1071	240	396
Turner	Geisteskr.	592	92	261
Diem	Gesund	444	452	685

Hierzu kommen noch die kleinen Zahlen bei den Periodischen. *Fitschen* hat bei den Einzelpersonen für Eltern 15, für Großeltern 1, für Onkel und Tante 0, bei der Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen für Eltern 15, für Großeltern 3, für Onkel und Tante 4 Fälle. — *Schüle* hat bei den Einzelpersonen für Eltern 16, für Großeltern 1, Onkel und Tante 1, für die Gesamtzahl der Angehörigen für Eltern 22, für Großeltern 15, für Onkel und Tante 19 Fälle.

Die Erblichkt von seiten der Großeltern liefert also im ganzen viel weniger Fälle, als die von Onkel und Tante. Ihre Vereinigung mit den Eltern unter dem Namen: „direkt aufsteigende Linie“ würde die Zahlen für die Eltern trüben. Die indirekte E. (Summe von Großelt., Onkel u. Tante) liefert mehr gleichartiges Material.

Für die Ausführung der Statistik ist es wichtig für die Einzelfälle, daß die vorstehende Stufe vor der nachfolgenden bevorzugt wird, und dann erst die Rubrizierung der Abnormit. nach S. 892 erfolgt.

Bei den Statistiken der S. 898—899 ist bei Zürich, um die Vergleichbarkeit mit den 5 andern Statistiken herbeizuführen, die Tab. VIa berechnet, nämlich der PC.-Satz der Erbl. zu 2273, der Gesamtzahl der Aufn. — Bei direkter Erbl. fällt der PC.-Satz der Gstkht der Asz. zur nächsthöchsten Abnorm. in demselben Sinne ab wie bei der S der Erbl.-Stufen, entweder zur Trunksucht, oder zu den Nervenkhten, 1 mal (IV) zu auff. Char., nur ist die Höhe des Abfalles eine viel geringere. Dies hängt damit zusammen, daß die Gstkhten für die S der indirekten u. gleichst. Erbl. im Ver-

hältnis zur direkten viel höhere Zahlen stellen als die S der Abnormit. ohne Gstkh. der Asz., wie aus folgender Zusammenstellung hervorgeht.

Statistik	Geisteskrankht. der Aszendenz		S. ohne Geisteskrankheit der Aszendenz	
	dir.	indir. + gleichst. Erblichkt.	dir.	indir. + gleichst. Erblichkeit
I	10,6	11,9	15,7	3,6
II	16,2	22,1	15,2	4.7
III	11,8	18,4	16,9	4,9
IV	15,0	13,8	13,7	4,0
V	11,1	18,9	16,8	15,0
VI a	14,7	16,5	26,2	6,2

Demnach hat bei Gstkht der Asz. die S von indirekter u. gleichstehender Erbl. eine höhere, z. T. viel höhere Ziffer als die direkte Erbl., mit Ausnahme von IV, wo die indir. + gleichst. E. etwas zurücksteht. Demgegenüber bildet bei der S der anderweiten Abn. der Asz. ohne Gstkht die S der indir. + gleichst. Erbl. den 3.—4. Teil od. noch weniger, als die dir. Erbl., mit Ausnahme von V, wo die erstere S nur etwas zurücksteht. Diese Ausnahme von V, Sachsenbg II, ist bedingt durch die hohe Ziffer der ind. + gleichst. E. für Nervenkht, Trunksucht u. Selbstm. Da aber IV, Sachs. I, der gewöhnlichen Regel folgt, so ist das Verhalten von V wohl zufällig. Auch VI hat für indir. + gleichst. E. eine etwas höhere Ziffer als die 4 ersten Stat. Dies ist hauptsächlich durch die Trunks. der Asz. bedingt, welcher Einfluß sich jedoch in weit höherem Maße bei direkter Erbl. geltend macht. Die Werte der d i r. Erbl. bei Gstkht der Asz. haben 3 mal 10,6—11,8, 3 mal 14,7—16,2, bei der S der andern Abn. d. Asz. 3 mal 13,7—15,7, 2 mal 16,8—16,9, 1 mal 26,2. Letztere Zahl liefert VI a, Zürich, wegen seiner hohen Ziffer für Trunksucht und auffall. Char. Die direkte Erbl. hat für Gstkht der Asz. in 4 Stat. geringere Zahlen, als für die S der andern Abnorm. der Asz. Die Ziffer für i n d i r. + g l e i c h s t. E. schwankt bei Gstkht der Asz. zwischen 11,9—22,1 %, bei der S der andern Abn. der Asz., wenn man von V absieht, zwischen 3,6 und 6,2 %.

Die Geisteskrankheit der Asz. (resp. auch der Geschwister) drückt demnach in höherem Grade eine Familiendisposition zur geistigen Erkrankung der Deszendenten aus, auch außer der direkten Übertragung, als die andern Abnormitäten der Aszendenz.

Zu bemerken ist noch, daß bei Gstkht der Asz. die indirekte Erbl. ein Übergewicht über die gleichstehende hat, bei den andern Abnorm. der Asz. umgekehrt die gleichst. über die indirekte, mit Ausnahme von VI.

Man findet in der Literatur öfter die Berechnung der einzelnen Abnormitäten der Aszendenz nach den Stufen der Erblichkeit zu je 100 der Erblichen jeder Stufe ausgeführt. Wie sehr dadurch die realen

Abnormitäten der Aszendenz in Beziehung zu den Erblichkeitsstufen der Deszendenz.
Berechnung der einzelnen Abnormitäten zur S der Aufnahmen.

Aszendenz	I. 3 Rheinisch. Statist. (Merzig I, II, Grafenbg.)				II. Düren 1878—87				III. 3 Irrenanstalten Westf. 1873—87				IV. Sachsenberg I 1871—75			
	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S
Gstkht	10,6	6,3	5,6	22,5	16,2	12,1	10,0	38.2	11,8	9,9	8,5	30,1	15,0	7,1	6,7	28,7
Trunksucht	7,7	0,3	0,3	8,3	5,7	0,15	0,4	6,2	2,7	0,1	0,3	3,2	4,9	0,3	0,3	5,6
Nervenkht	3,9	0,6	0,9	5,5	6,1	0.8	1,8	8,7	2,5	1,0	2,4	5,9	2,7	0,3	1,4	4,4
Auff. Char.	3,6	0,23	0,41	4,2	3,3	0,7	0,5	4,5	1,3	0,2	0,3	1,8	5,2	0,8	0,8	6,8
Selbstmord	0,4	0,2	0,12	0,72			0,17	0,23	0.4	0,14	0,3	0,9	0,55	—	0,3	0,8
Vergehen	0,19	0,0014	0,0014	0,2			0,06	0,15	0,1	0,02	0.02	0,1	0.3	—	—	0,3
S	26,3	7,7	7,3	41,4	31,4	13,9	12,9	58,1	28,7	11,5	11,8	42,1	28,7	8,5	9,3	46,4
S außer Gstkht	15,7	1,4	2,2		15,2	1.8	2,9	19,9	16,9	1,6	3,3		13,7	1,4	2,6	17,7
Zahl der Erbl.	1933	562	535	3037	439	234	213	992	784	551	560	1895	105	31	34	170
Zahl der Aufn.				7339				1708				2823				366

Aszendenz	V. Sachsenberg II 1887—1904				VI. Zürich 1881—1892				VIa. Zürich dito berechnet zu 2273 Aufn.			
	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S
Gstkht	11,1	10,8	8,1	30,7	18,1	11,0	9,3	38,4	14,7	8,9	7,6	31,2
Trunksucht	5,2	1,9	1,3	8,4	13,2	1,8	0,9	16.0	10,8			13,0
Nervenkht	6,5	2,9	3,7	13,2	5.7	1,3	1,0	7,9	4,6			6,5
Auff. Char.	2,8	0,9	1,4	4,8	12,8	0,8	1,4	14,9	10,4			12,1
Selbstmord	2,1	1,7	1,4	5,2	0,5	0,3	0,2	1,0	0,4			0,8
Vergehen	0,007	—	—	0,007				—	—			—
S	27,9	18,0	15,9	61,2	50,3	15,2	12,8	78,2	40,9	12,4	10,4	63,7
S außer Gstkht	16,8	7,2	7,8		32,2	4,2	3,5	39,8	26,2	3,4	2,8	32,5
Zahl d. Erbl.	432	279	246	956	930	281	236	1447				1447
Zahl d. Aufn.				1548				1850				2273

Verhältnisse verschoben werden, zeigt ein Vergleich der in dieser Weise berechneten 3 Rhein. Stat. der Tab. S. 901 mit der frühern Berechnung derselben Stat. S. 898. Bei Gstkht der Asz steht S. 901 am höchsten die indirekte Erbl. (82,0), es folgt die gleichst. (75,9), dann die S (54,3), zuletzt die direkte Erbl. Dies hat seinen Grund in der vorhin erörterten Tatsache, daß die Gstkht für indir. u. gleichsteh. Erbl. verhältnismäßig viel höhere Zahlen hat, als die anderen Abnormitäten der Asz., daß ferner bei Gstkht der Asz. die gleichst. Erbl. hinter der indir. zurücksteht, bei den andern Abnorm. im Gegenteil meist über sie überwiegt. Die Tab. von *Graßmann* zeigt nun dieselben Verhältnisse, bei Gstkht der Asz. für indir. und gleichst. Erbl. fast dieselben Zahlen wie die Rhein. Anst. Hervorzuheben ist noch, daß nach der Gstkht der Asz. für indir. u. gleichst. Erbl. die höchsten Zahlen geliefert werden von den Nervenkht. der Asz., ebenso wie bei den Rhein. Stat. u. den meisten

andern Statistiken der Tab. S. 898—899, so daß dasselbe Verhältnis bez. Familiendisposition, wie oben bei Gstkhten der Asz., wenn auch in sehr abgeschwächtem Maße, bei den Nervenkhten hervortritt. Ferner tritt auch bei *Graßmann* bei Gstkht der Asz. das Übergewicht der indirekten über die gleichst., bei den andern Abnorm. der Asz. mit Ausnahme des Selbstmordes das Gegenteil zutage. — Die direkte Erbl. hat bei *Graßmann* in sehr ausgesprochenem Grade das Fallen der Zahlen für die einzelnen Abn. der Asz. nach ihrer Aufeinanderfolge in der Tab. — Demnach bekräftigt die *Graßmann*sche Tab. die Schlüsse aus Tab. S. 898—899.

Aus dem Vorstehenden ergeben sich folgende Resultate:

Die wichtigste von allen Abnormitäten der Asz. ist die Gstkht. Sie macht die Hälfte bis 2/3 der Gesamterblichkeit aus. Sie hat zugleich in den verschiedenen Statistiken die geringste Schwankung von allen Abnormit. der Asz. Der Abfall von der Gstkht bis zur nächsthöchsten Abnormität der Asz. ist ein beträchtlicher, so daß diese mit 1 Ausnahme nur ungefähr den 3.—5. Teil, oder noch weniger von der Zahl der Gstkht bildet. Diese zweithöchste Abnormität ist 3 mal die Trunksucht, 2 mal findet sich Gleichheit zwischen Trunksucht u. Nervenkht, u. 5 mal stellt Nervenkht den zweithöchsten Wert dar. — Für Trunksucht haben mehrfach Statistiken aus früherer Zeit geringere Werte, als die aus späteren, so daß die Vermutung nahe liegt, daß die Eltern der früheren Generation weniger getrunken haben als die der späteren.

Die PC.-Sätze von den Aufn sind für die einzelnen Abnormitäten der Asz. folgende:

für Gstkht d. Aszendenz: 6 mal 28,6—31,2, 1 mal 22,5, 1 mal 34,0%.
für Trunksucht d. Asz.: 6 mal 3,2—6,3, 4 mal 8,3—13,0 %;
für Nervenkht d. Asz.: 7 mal 4,4—6,9, 2 mal 7,5—9,4 %;
für auffall. Charaktere: 6 mal 3,4—4,3, 2 mal 5,6—6,8%, 1 mal 12,1%.
für Selbstmord der Asz.: meist 0,2—0,9 %.
für Vergehen der Asz.: noch weniger.

Hinsichtlich der Stufen der Erblichkeit fällt bei direkter Erblichkeit der PC.-Satz der Gstkhten der Asz. zur nächsthöchsten Abnormität in demselben Sinne ab, wie bei der S der Erbl.-Stufen, entweder zur Trunksucht (3 mal) oder zu den Nervenkhten (2 mal), 1 mal zu auff. Char. Die Höhe des Abfalls ist jedoch eine viel geringere. Dies rührt daher, daß die Gstkhten der Asz. für die

Berechnung zur S der Erblichen.

Aszendenz	3 Rheinische Statist.				*Graßmann* Laehrs Z. Bd. 52, S. 1010			
	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S
Geisteskrankht	40,2	82,0	75,9	54,3	59,7	85,8	76,2	
Trunksucht	29,3	4,5	3,9	20,0	18,7	3,16	3,4	
Nervenkht	14,7	8,4	12,7	13,2	12,45	6,8	13,8	
Auffall. Char.	13,5	3,0	5,6	10,2	6,34	1,38	3,69	
Selbstmord	1,5	2,7	1,7	1,7	1,74	2,70	2,35	
Vergehen	0,7	0,2	0,2	0,5	1,01	0,13	0,64	
S	100	100	100	100	100	100	100	
Zahl der Erblich.	1933	562	535	3037				6396

S der indirekten plus gleichst. Erbl. im Verhältnis zur direkten viel höhere Zahlen stellen als die S der Abnormit. ohne Gstkht der Asz. — Die PC.-Sätze der Aufn. der direkten Erbl. betragen bei Gstkht der Asz. 10,6—16,2 %, bei den andern Abnorm. der Asz. 13,7 bis 16,9, 1 mal 26,2 (in Zürich, wegen sehr hoher Sätze für Trunksucht und auff. Char.). Der PC.-Satz für indirekt plus gleichst. E. schwankt bei Gstkht der Asz. zwischen 11,9 u. 22,1 %, bei den andern Abnorm. der Asz. zwischen 3,6 und 4,9. Nur Zürich hat wieder mehr, 6,2.

Die Gstkht der Asz. (resp. auch der Geschwister) drückt demnach in höherem Grade eine Familiendisposition zur geistigen Erkrankung der Desz. (resp. Geschwister) aus, als die andern Abnorm. der Aszendenz.

Vergleichung der Abnormitäten der Aszendenz bei Geisteskranken u. Geistesgesunden.

		1. Gstgesund v. *Diem* Z. 1193	2. Gstkr. v. Zürich Z. 1850	3. Gstkr. = 100 Gstges. =	4. = Kol. 3 nach *Koller* II	5. Tab. mit Einzelerkrank. = 100 all. Angeh. = :	6.
1.	Geisteskht	7,1	38,3	18	50	159	346
2.	Trunksucht	17,7	16,0	111	88	173	196
3.	Nervkht	30,6	7,9	337	159	203	217
4.	Auff. Char.	10,4	14,9	70	31	166	334
5.	Selbstm.	1,1	1,0	110	145	289	238
6.	S aller Arten	66,9	78,2	86	77	169	244
7.	dito ohne Gstkht d. Asz.	59,8	39,9	150	94	180	232
					Zahl	1447 Kr.	798 Ges.

Zu Kol. 1; *Diem* l. c. Gesund 1193, darunter erblich Belast. 798. Kol. 4, *Koller* II, 370 Gstkr.; darunter erbl. 284. Gesund 370, darunter erbl. 218.

Bei Gstkht der Asz. hat die indirekte Erbl. ein Übergewicht über die gleichstehende, bei den andern Abnorm. der Asz. umgekehrt die gleichstehende über die indirekte, letzteres mit 1 Ausnahme.

Bei Nervenkht der Asz. haben die indirekte plus gleichst. E. eine höhere Ziffer als die andere Abnorm. ohne Gstkht der Asz. —

Ein Vergleich der Kol. 1 und 2 (letzte Tab.) zeigt den Unterschied der einzelnen Abnormit. der Asz. bei Gstkr. und Gstgesunden. Diese tritt unmittelbar hervor in Kol. 3, wo die Ziffer der Kranken = 100 genommen u. die der Gesunden danach berechnet ist.

Letztere steht hinter der der Kranken zurück bei Gstkht der Asz. (18), auffall. Char. (70) und der S (86). Die Ziffer der Gesunden überwiegt über die der Kr. bei Trunksucht der Asz. (111), Selbstmord (110) und Nervenkrankheiten (337).

Kol. 4 entspricht der Kol. 3 bez. der 370 Gstkr. u. 370 Gstgesunden von *Koller II.* Hier stehen dieselben Abnormit. der Gesunden tiefer, als in Kol. 3 (am tiefsten hier auffall. Char.), außerdem noch die Trunksucht. Den höchsten Stand haben wieder die Nervenkrankheiten (Gesunde 159). — Die letzte Zeile hat in Kol. 3 u. 4 für die S der Abnormit. ohne Gstkht der Asz. natürlich höhere Zahlen als die vorhergehende Zeile.

Die Kol. 5 u. 6 geben an, wie viel erkrankte Personen überhaupt bei den Familienangehörigen der einzeln rubrizierten Personen bei den Gstkr. u. den Gstgesunden vorkommen. Es überwiegt überall die Zahl der erkrankten Angehörigen der Gesunden mit Ausnahme der kleinen Zahl des Selbstmords. Die Gesunden überwiegen am meisten bei Gstkht der Asz. u. bei auffall. Char., bis zur doppelten Höhe, dann noch namhaft in der S aller Abnormit., am wenigsten bei Nervenkrankheit u. Trunksucht. Sie stehen also dort verhältnismäßig hoch, wo sie als Einzelrubrizierte besonders tief stehen. Man kann daraus aber nicht auf eine besonders hohe Zahl der erkrankten Angehörigen bei den Gesunden schließen. Bei Vergleich der Kol. 1 u. 2 ergibt sich bei Gstkht der Asz. der geringe PC.-Satz der Gesunden (7,1) im Vergleich mit den Gstkr. (38,3). Wenn nun auch die Zahl der Angehörigen der ersteren verhältnismäßig viel größer ist, steht sie doch absolut gegen die der Gstkr. sehr zurück. Ähnliches gilt von auffall. Charakter.

Ein Vergleich der kleinern Tab. von *Koller II* (Kol. 4) zwischen Gstkr. und Gstgesunden ergibt ähnliche Resultate, wenn auch in abgeschwächtem Grade.

Man kann auch fragen: Wie viel Gstkr. überhaupt befanden sich in den Familien der aufgenommenen erblich belasteten Gstkr. u. vergleichsweise bei den belasteten Gesunden? Die Zahl der erkrankten Angehörigen bei den Gesunden bleibt dann dieselbe, bei den aufgenommenen Gstkr. muß man aber zu der bisher ermittelten Zahl der erkrankten Angehörigen die der Aufn. hinzuzählen. Dies gibt überall bei Berechnung der Angehörigen auf 100 Einzelrubr. einen Zuschlag von 100 %. Bei dieser Vermehrung der Zahl der Gsteskr. bleiben die Gstgesunden noch im Übergewicht bei Gstkht u. auffall. Char. der Asz., während bei den übrigen Abnormit. der Asz. die Gstkr. überwiegen.

Auf S. 904 Abt. I sind in der Tab. Nr. 1 (= Tab. VI S. 899) die PC.-Sätze der einzelnen Erblichkeitsstufen je nach den Abnormit. der Aszendenz bei den 1850 aufgenommenen Gstkr. von Zürich (1881—1892) gebracht, in Nr. 2, bei den 1193 Gstgesunden von *Diem*, in Nr. 3 ist die Ziffer der Gstkr. (Nr. 1) = 100 genommen u. die der Gesunden (Nr. 2) darnach berechnet. Diese Tab. Nr. 3 entspricht daher für die einzelnen Stufen der Erbl. der Kol. 3 in Tab. S. 901.

Die direkte Erbl. steht in ihr überall namhaft tiefer als die S. Die Gesunden stehen ferner überall tiefer, als die Gstkr., mit Ausnahme der Nervenkhten (228). Die einzelnen Abnormit. haben hier dieselbe Aufeinanderfolge wie in der S. — Die indirekte Erbl. steht überall viel höher als die S, am höchsten wieder bei Nervenkhten (1215), die Gstkhten der Asz. stehen bei den Gesunden jedoch noch tief unter der Belastungszahl der Gstkr. (36). — Die gleichsteh. Erbl. nähert sich sehr der direkten Erbl. Die Belastungszahl der Gesunden steht tiefer als die der Gstkr. bei Gstkht der Asz. (10), auffall. Char. (71) und in der S (39). — Die indirekte Erbl. hat in der S einen Hochstand (191) gegen die direkte u. gleichst. Erbl. Die S der Abnormit. ohne Gstkht der Asz. hat überall einen viel höheren Satz für die Gesunden, als die vorhergehende Zeile und namentlich als die Gstkhten der Asz.

Die kleinere Vergleichsstatistik von *Koller II* (Kol. 4 S. 901) stimmt mit dem vorstehenden im wesentlichen überein. Die Gstkht u. auffall. Char. haben hier bei dir. E. u. der S ihre Stellung vertauscht. Bei Gstkht der Asz. überwiegen die Gesunden bei indirekter E. auch über die Gstkr (119). Die Gegensätze der Gesunden und Kranken sind überall geringer.

Die II. Abt., Tab. S. 905, enthält dieselbe Berechnung nach den Stufen der Erbl. u. der Abnormit. der Asz. für die Gesamtzahl der erkrankten Angehörigen. Daß hier die direkte, indirekte und gleichst. Erblichkeit bei den Einzelrubrizierten u. bei den erkrankten Angehörigen nicht denselben Inhalt haben, ist früher (Diese Z., Bd. 63, S. 469 ff. u. Bd. 64, S. 469 ff.) hervorgehoben. Doch finden sich hier die erkrankten Angehörigen der Gstkr. und der Gstgesunden in gleicher Lage. Der Vergleich der Tabellen 3 in Abteilung I und II ergibt, daß bei der Ge-

Abnormitäten der Aszendenz bei Geisteskranken im Vergleich mit den Abnormitäten bei Geistesgesunden.

Abt. I. Einzelrubrizierte.

Berechnung zur Zahl der untersuchten Personen.

Aszendenz	1. Aufgenommen 1850 Geisteskr. (Zürich)				2. Untersuchte 1193 Geistesgesunde v. *Diem*				3. 1. Geisteskranke = 100 2. Gesunde = :			
	Erblichkeit											
	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S
Geisteskht	18,1	11,0	9,3	38,4	2,2	4,0	0,9	7,1	12	36	10	18
Trunksucht	13,2	1,8	0,9	16,0	11,5	4,9	1,3	17,7	87	272	122	111
Nervenkht	5,7	1,3	1,0	7,9	13,0	15,8	1,8	30,6	228	1215	180	337
Auff. Char.	12,8	0,8	1,4	14,9	5,9	3,7	1.0	10,4	46	462	71	70
Selbstm.	0,5	0,3	0,2	1,0	0,4	0,6	0,1	1.1	80	200	50	110
S	50,3	15,2	12.8	78,2	33,0	29,0	5,0	66,9	66	191	39	86
Zahl d. Erblichen	930	281	236	1447	393	346	59	798				
S ohne Gstkht der Asz.	32,2	4,2	3,5	39,8	30,8	25,0	4,1	59,8	96	595	117	150

Abt. II. Alle erkrankten Angehörigen.
Berechnung zur Zahl der untersuchten Personen.

Aszendenz	1. Aufgenommene 1850 Geisteskr. (Zürich)				2. Untersuchte 1193 Gesunde (*Diem*)				3. 1. Geisteskranke = 100 2. Gesunde = :			
	Erblichkeit											
	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S	dir.	indir.	gleichst.	S
Geisteskht	19,9	18,7	22,2	60,8	2,9	14,8	6,9	24,8	15	79	31	41
Trunksucht	16,0	6,2	5,6	27,7	11,6	18,4	4,6	34,6	72	297	82	125
Nervenkht	7,0	4,3	4,9	16,2	15,9	39,8	10,7	66,5	227	926	218	410
Auff. Char.	14,3	3,9	6,6	24,8	6,3	20,6	7,7	34,7	44	528	117	140
Selbstm.	0,7	1,4	0,9	3,0	0,5	1,5	0,6	2,6	71	107	67	87
S	57,9	34,4	40,2	132,5	37,2	95,3	30,5	163,0	64	274	76	123
Zahl d. Fälle	1071	636	744	2451	444	1137	364	1945				
S ohne Gstkht der Aszend.	38,0	15,7	18,0	71,6	34,3	80,5	23,6	138,2	90	513	131	192

samtzahl der erkrankten Angehörigen die Gesunden bei direkter E. ungefähr dieselben Werte liefern, wie bei den Einzelrubrizierten, daß sie aber bei indirekter u. gleichstehend. Erbl. im allg. zunehmend höhere PC.-Zahlen haben. Bei direkter Erbl. bleiben die Zahlen der Angehörigen wie der Einzelrubrizierten bei den Gesunden unter denen der Geisteskr., (mit Ausnahme der Nervenkhten der Asz.), meist auch noch bei gleichst. E., während sie bei indirekter Erbl. mit Ausnahme der Gstkht der Asz. hoch über den Gstkr. stehen.

Auch die einzelnen Abnormit. der Asz. lassen dieselben gegenseitigen Verhältnisse, wie bei den Einzelrubrizierten erkennen. Nur bei auffall. Char.

findet sich abweichend ein besonderer Hochstand der Angehörigen der Gesunden bei indir. u. gleichst. E. Da jedoch die kleinere Vergleichstab. von *Koller II* diese Abweichung nicht hat (sie hat für auffall. Char. II Abt., 3. Tab. für direkte E. 33, indirekte 146, gleichsteh. 67, S. 59), so scheint diese Abweichung zufällig zu sein.

Die Resultate über die Vergleichung der erblichen Belastung der aufgenommenen Gstkr. u. der untersuchten Gstgesunden sind folgende:

Die Erblichkeitsziffer der Gstgesunden steht hinter der der Gstkr. zurück bei Gstkht der Asz. (die Ziffer der Gesunden ist = 18, wenn die der Gstskr. = 100 genommen wird), bei auffall. Char. (70) u. in der S (86), sie überwiegt über die der Kr. bei den andern Abnormit. der Asz., am meisten bei Nervenkht (337). Eine 2. Tabelle mit kleineren Zahlen stimmt im wesentlichen hiermit überein, nur stehen hier die auffall. Char. für die Gesunden am tiefsten.

Die direkte Erbl. steht überall tiefer, als die S der E., die Gesunden auch überall tiefer, als die Gstkr. mit Ausnahme der Nervenkhten der Asz. (228). Die einzelnen Abnormitäten haben im Verhältnis der belasteten Kr. zu den Gesunden dieselbe Aufeinanderfolge wie in der S. — Die gleichst. E. nähert sich sehr der direkten E. — Demgegenüber steht die indirekte E. überall viel höher als die S, am meisten wieder bei Nervenkhten der Asz. Bei Gstkht der Asz. stehen jedoch die Belastungszahlen der Gesunden noch tief unter denen der Gstkr. (36). (Bei der kleineren Vergleichstabelle ist jedoch die Belastungszahl der Gesunden bei Gstkht. der Asz. u. indirekter Erbl. höher als die der Gstkr. 119). Bei der S der Abnorm. ist die Vergleichsziffer der Gesunden bei direkter E. 66, bei indirekter 191, bei gleichst. 39, bei der S der E.-Stufen 86.

Wenn man in derselben Weise die Zahl der erkrankten Angehörigen bei den belasteten Gstkr. u. Gesunden vergleicht, so überwiegen in der S die Gesunden namhaft (123). Bei direkter Erblichkeit haben beide ungefähr dieselben Zahlen wie bei den Einzelrubrizierten, bei indirekter u. gleichst. E. höhere als die Einzelrubrizierten. Bei direkter Erbl. bleiben die Zahlen der Angehörigen wie der Einzelrubrizierten, bei den Gesunden unter denen der Gstkr., mit Ausnahme der Nervenkrankheiten der Asz., meist auch noch bei gleichst. E., während sie bei indirekter E. mit Ausnahme der Gstkhten der Asz. hoch über denen der Gstkht stehen. — Für die

erkrankten Angehörigen der Gstkr. u. der Gesunden gelten im übrigen dieselben Regeln bezüglich der Abnormitäten der Asz. u. Stufen der Erbl., wie bei den Einzelrubrizierten.

Geschlechtsverhältnis nach den Abnormitäten der Aszendenz und den Stufen der Erblichkeit.

Bezüglich der Geschlechtsverhältnisse nach den Stufen der Erbl. u. den Abnormit. der Aszendenz muß zunächst an das frühere Resultat erinnert werden (diese Zeitschr. Bd. 64, S. 21 ff.), daß in der Mehrzahl der Statistiken die Ziffer für die Fr. (auf 100 M. berechnet) bei direkter Erbl. höher war als bei der S der Erbl., bei indir. E. meist namhaft tiefer als bei direkter, bei gleichstehender höher als bei indir. — Zürich, welches überhaupt viel höhere Zahlen für die Fr. hat, stand bei indir. E. nur wenig tiefer als bei direkter, und bei gleichstehender Erbl., ebenso wie Düren, am tiefsten.

In den Statistiken der S. 908 hat Tab. I (Merzig I, II u. *Grafenberg*) für die Gstkhten der Asz. dasselbe Verhalten wie die S der Abnormit., die indirekte E. steht für die Fr. niedriger als die direkte, die gleichst. steht höher als die indirekte. — In II (Düren) fallen in der S u. bei den Gstkhten der Asz. die indirekte gegen die direkte u. noch mehr die gleichst. ab. — III (3 westf. A.) hat einen Gleichstand der dir. u. indir. E. und einen Hochstand der gleichstehenden in der S und bei Gstkht der Asz. — IV. Sachs. I hat in der S. einen Abfall von der dir. zur indir. u. dann eine Erhebung für die gleichst. E. Die Gstkhten haben einen besondern Hochstand für direkte u. einen namhaften Abfall für die indir. u. gleichst. E., die gleichstehen. Hier ist die kleine Zahl um so mehr zu berücksichtigen, als bei der größern Zahl von V (Sachs. II) das regelmäßige Bild, Abfall von der direkten zur indir. u. dann Erhebung der gleichst. E. bei der S u. der Gstkht der Asz. sich findet. — In VI (Zürich) hat die S einen geringen Abfall von der direkten zur indirekten u. dann einen größeren zur gleichst. E. Die Gstkhten der Asz. haben hier als Abweichung einen besonderen Hochstand der indirekten Erbl.

Das Resultat bezüglich der Gstkht der Asz. ist demnach, daß das Verhältnis der aufgenommenen Fr. zu den M. bei der direkten, indirekten u. gleichst. Erbl. mit wenigen Ausnahmen

Geschlechtsverhältnis nach Stufen der Erblichkeit und Abnormitäten der Aszendenz. M. = 100 Fr. = :
Erblichkeit.

	Aszendenz	direkt	indirekt	gleichst.	Summe	direkt	indirekt	gleichst.	Summe
		I Merzig I, II u. Grafenberg				IV. Sachsenberg I 1871—75			
1.	Geisteskht	106	78	109	98	138	100	100	119
2.	Trunksucht	104	—	—	101	64	—	—	54
3.	Nervenkht	108	—	—	96	150	—	—	129
4.	Auffall. Char.	84	—	—	88	59	—	—	79
5.	Selbstm. und Verg.	133	—	—	103	50	—	—	33
	S aller Fälle	103	77	103	97	102	94	100	100
	S ohne Gstht d. Asz.	101	73	87	96	72	67	100	76
	Zahl der M.	896	320	263	1479	52	16	17	85
	erbl. Fälle Fr.	921	246	272	1439	53	15	17	85
		II Düren				V. Sachsenberg II 1887—1904			
1.	Geisteskht	132	105	91	111	120	91	108	106
2.	Trunksucht	56	—	—	56	95	—	—	112
3.	Nervenkht	110	—	—	107	96	—	—	87
4.	Auffall. Char.	137	—	—	106	135	—	—	122
5.	Selbstm. und Verg.	—	—	—	133	62	—	—	79
	S	110	108	87	104	105	95	106	103
	S ohne Gstht d. Asz.	91	131	75	92	96	102	105	100
	Zahl der M.	255	114	107	486	224	153	125	502
	rbl. Fälle Fr.	281	123	102	506	236	146	133	515
		III 3 westf. Anst.				VI. Zürich 1881—1892			
1.	Geisteskht	85	85	111	92	137	142	120	134
2.	Trunksucht	60	—	—	64	120	—	—	106
3.	Nervenkht	107	—	—	106	116	—	—	99
4.	Auffall. Char.	59	—	—	71	123	—	—	127
5.	Selbstm. und Verg.	69	—	—	114	133	—	—	126
	S	81	81	112	91	126	123	112	123
	S ohne Gstht d. Asz.	75	106	113	88	116	82	93	113
	Zahl der M.	506	297	272	1075	362	118	101	581
	erbl. Fälle Fr.	411	261	304	976	457	145	113	715

einen ähnlichen Verlauf hat, wie bei der Summe der Abnormitäten der Asz.

Bei Trunksucht der Asz. stehen die Fr. bei direkter E. überall gegen die Gstkht der Asz. zurück, am auffallendsten in II mit 56 bei direkter E. u. 56 bei der S der Stufen (gegen 132 u. 111 bei Gstkht der Asz.), in III mit 60—64 (gegen 85—92), in IV mit 64—54 (gegen 138—119), sie stehen bei dir. E. weniger zurück bei I mit 104—101 (gegen 106—98), V mit 95—112 (gegen 120—106), VI mit 120—106 (gegen 137—134). Zu bemerken ist, daß die drei letzt genannten Anstalten in den Tab. S. 893 und 898 bis 899 sich durch einen besonderen Hochstand der Nachkommen der Trunks. auszeichneten.

Die Nervenkrankheiten der Asz. haben in I—IV einen hohen Stand, stehen der Gstkht der Asz. nahe oder überragen sie. In II stehen jedoch die auff. Char. höher, ebenso in V u. VI. — Die letzteren (auff. Char.) haben in I, III u. IV einen tiefen Stand.

Die S ohne Geisteskrankheiten der Asz. steht für die Fr., besonders für direkte E., dann auch für die S tiefer, als die S mit Gstkht der Asz., die indirekte und gleichst. E. befolgen zum Teil auch diese Regel, jedoch steht die indirekte E., besonders in II, auch noch in III u. V höher. — Bei der S. mit Gstkht der Asz. wird die direkte E. für die Fr. gedrückt durch die Abnormit. der Asz. mit niedriger Ziffer für die Fr. Der Stand der Fr. für indirekte und gleichstehende E. wird wesentlich bestimmt durch die Gstkht der Asz., da die andern Abnormit. der Asz. verhältnismäßig wenig Fälle stellen.

Die folg. Tab. gibt in derselben Weise das Geschlechtsverhältnis der erblich belasteten unter den geistig Gesunden von *Diem*. Diese haben 543 M. 650 Fr. = 100 : 120, bei *Koller* betrugen die Zahlen der Aufnahmen (ohne Del. pot.) 761 M. 874 Fr. = 100 : 115. Man wird daher beim Vergleich die Frauenziffer der Gesunden sich etwas erniedrigt denken müssen.

Geschlechtsverhältnis nach den Stufen der Erbl., und den Abnormitäten der Asz. bei den erblich Belasteten der 1193 (543 M., 650 Fr.) gst. Gesunden von *Diem* (l. c.). Berechnung nach den direkten Zahlen der erblich Belasteten M. = 100, Fr. =: (s. folg. S.)

Bei den Geisteskr. u. den Gesunden finden sich nun manche Gegensätze der Geschlechtsverhältnisse. Bei Geisteskrankheit der

Aszendenz	Erbl. direkt	indir.	gleichst.	S	Zahl der M.	Fr.
Geisteskht	73	92	57	81	47	38
Trunksucht	134	123	200	133	90	121
Nervenkht	118	149	162	135	155	210
Auffall. Charakt.	131	110	267	148	50	74
S aller Fälle	128	128	157	130	347	451
S. ohne Gstkht der Aszendenz	134	135	200	138	300	413

Aszendenz stellen die erblichen Geisteskr. die höchsten Ziffern für die Frauen, die erblichen Gesunden die niedrigsten. Bei Trunksucht der Asz. haben die Gstkr. niedrigere, zum Teil viel niedrigere Ziffern für die Fr., als bei Gstkht der Asz., bei den Gesunden auffallend viel höhere. Dasselbe gilt von allen folgenden Abnormit. der Asz., auch von der S der Abn. — Die S ohne Gstkht der Asz. steht bei den Gstkr. meist entschieden viel niedriger, als die S mit Gstkht der Asz., bei den Gesunden viel höher usw.

Das Resultat betreffend die Geschlechtsverhältnisse der Geisteskranken und Geistesgesunden je nach den Abnormitäten der Aszendenz und den Stufen der Erblichkeit ist demnach:

Bei den Geisteskrankheiten der Asz. hat das Verhältnis der aufgenommenen Fr. zu den M. bei der dir., indir. u. gleichstehenden Erblichkeit mit wenigen Ausnahmen einen ähnlichen Verlauf wie bei der S der Abnormitäten der Asz.

Bei der Trunksucht der Asz. stehen die Fr. bei direkter Erblichkeit überall gegen die Gstkht der Asz. zurück, in der Hälfte der Stat. in einem hohen Grade, in der Hälfte in einem geringeren. Die letzteren haben bei der Vereinigung der Geschlechter eine hohe Erbl.-Ziffer für die Trunksucht der Asz.

Die Nervenkhten der Asz. haben in der Mehrzahl der Angaben einen hohen Stand für direkte Erbl., stehen den Gstkhten nahe.

Die auffallenden Char. schwanken bei direkter Erbl. in hohem Grade.

Für die drei letzten Abnormitäten ist die dir. Erbl. wesentlich maßgebend für die S der Stufen.

Die S der Stufen ohne Gstkht der Asz. steht für die Fr. bei direkter Erbl. u. der S tiefer als die S mit Gstkht der Asz.; für die indirekte und gleichstehende Erbl. weicht sie mehrfach ab.

Bei der S mit Gstkhten der Asz. wird die direkte Erbl. für die Fr. gedrückt durch die Abnormit. der Asz. mit niedriger Ziffer für die Fr. Der Stand der Fr. für indir. und gleichst. Erbl. wird wesentlich bestimmt durch die Gstkht der Asz.

Das Geschlechtsverhältnis der erblich belasteten Gesunden bildet vielfach einen Gegensatz zu dem der belasteten Geisteskr. Bei letzteren stellen die Geisteskr. der Asz. bei den Fr. im allgemeinen die höchsten Zahlen von allen Abnormitäten der Asz., bei den Gesunden die niedrigsten. Die Trunksucht der Asz. hat bei den Gstkr. niedrigere, zum Teil viel niedrigere Zahlen für die Fr. als die Gstkht der Asz., bei den Gesunden viel höhere. Die S der Abnormitäten der Asz. steht für die Fr. bei den Gesunden überall höher als bei den Gstkr. Die S der Abnormitäten ohne Gstkht der Asz. steht bei den Gesunden überall entschieden höher als die S der Abnormit. mit Gstkht der Asz., bei den Gstkr. meist entschieden niedriger.

Hält man dies zusammen mit den Verschiedenheiten der Belastung der Gstkr. u. Gesunden bei vereinten Geschlechtern nach den Stufen der Erbl. u. Abnorm. der Asz. (S. 904ff.), so treten so viele Unterschiede zutage, daß man die erbl. Belastung bei Gesunden u. Gstkr. nicht als gleichwertig betrachten kann.

Bezüglich der Formen nach den Abnormitäten der Aszendenz liegen in Tab. S. 912 drei Statistiken vor. Bei der Stat. der rheinischen Anstalten bietet die S der Abnormit. das gewöhnliche Bild der Erbl. Mit demselben stimmt die Gstkht der Asz. im wesentlichen überein: Am höchsten steht die einf. Gstrg, die Idiotie fällt entschieden ab, in höherem Grade die Paralyse, während die Epilepsie sich, hier allerdings nur unbedeutend, über die Paralyse erhebt. — Die Trunksucht der Aszendenz hat einen entschieden abweichenden Gang. Die Idiotie steht am niedrigsten, die Epilepsie am höchsten, die Paralyse steht etwas niedriger als die einf. Gstrg, hat also auch einen verhältnismäßigen Hochstand. — Die Nervenkhten und auffall. Charakter haben, wie die Gstkhten der Asz. einen niedrigen Stand der Paral., dagegen steht bei Nervenkhten der Asz. die Epilepsie der Desz. am höchsten, bei beiden die Idiotie verhältnismäßig hoch. — Beim Selbstm. der Asz. hat bei den kleinen Zahlen die einf. Gstrg, bei Vergehen die Epilepsie eine verhältnismäßige Höhe.

Krankheitsformen nach den Abnormitäten der Aszendenz.

Aszendenz	Abt. I. Berechnung der Abnormitäten zu 100 jeder Krankheitsform					Abt. II. Geschlechtsziffer M. = 100, Fr. =				
	Idiotie	Einf. S.	Paral.	Epilepsie	S	Idiotie	Einf. S.	Paral.	Epilepsie	S
2 rhein. Anstalten mit 3 Statistiken										
Geisteskht	20,4	24,3	12,0	12,8	22,5	81	109	17	85	97
Trunksucht	3,6	8,4	7,7	10,6	8,3	50	125	11	62	101
Nervenkht	6,8	5,4	3,4	9,6	5,5	44	118	4	57	96
Auffall. Char.	4,7	4,4	3,0	2,9	4,2	12	105	17	28	88
Selbstmord	—	0,8	0,96	—	0,72	—	—	—	—	—
Verbrechen	—	0,2	—	0,6	0,2	—	—	—	—	—
S	36,0	43,3	27,1	36,8	41,4	57	111	16	69	97
Zürich, Aufnahmen 1881—92 (*Koller*)										
Geisteskht	41,0	42,5	32,0	39,1	40,3	60	178	43	90	135
Trunksucht	18	14,7	12,3	17,4	14,4	(133)	136	52		106
Nervenkht	5	7,6	12,9	—	8,4	—	119	59		99
Auffall. Char.	18	16,1	12,9	8,7	15,3	—	172	54	33	129
Selbstmord	—	1,1	0,9	—	1,0	—	—	—	—	—
S	82,1	81,9	70,9	65,2	79,3	60	162	49	48	123
Schweizer Anstalten 1892										
Geisteskht	39,8	39,9	20,0	20,0	35,8	62	151	64	31	144
Trunksucht	8,5	7,1	7,0	9,4	7,3	67	143	64	14	105
Nervenkht	5,1	10,0	9,3	7,1	9,4	(50)	115	9	50	106
Auffall. Char.	5,1	4,3	3,7	2,4	4,2	(20)	162	—	—	103
Selbstmord	—	1,7	1,1	1,2	1,4	—	—	—	—	—
Verbrechen	0,85	1,0	—	—	0,9	59	148	33	26	122
S	59,3	64,2	41,9	40,0	59,1					
Zahl der Fälle										
Rhein. Anst. Erbl.	68	2666	188	115	3037					
Rhein. Anst. Z. d. Aufn.	191	6126	710	312	7339					
Zürich Erbl.	32	997	237	31	1297					
Zürich Z. d. Aufn.	39	1218	334	46	1635					
Schweiz. Anst. Erbl.	70	814	113	34	1041					
Schweiz. Anst. Z. d. Aufn.	118	1268	270	85	1761					

In Zürich weicht die S der Abnormitäten der Asz. nicht unwesentlich von jener Erbl.-Regel ab. Die Gegensätze sind überhaupt viel geringer, die Idiotie und einf. Gstrg sind gleich, die geringste Ziffer hat die Epil. — Die Gstkht der Asz. hat dagegen im wesentlichen den gewöhnlichen Gang der Erbl., jedoch steht die Idiotie nur wenig unter der einf. Slstrg, und die Epilepsie steht ungewöhnlich hoch. — Bei Trunksucht der Asz. gesellt sich zu dem Bilde der rhein. Stat. noch ein besonderer Hochstand der Idiotie. — Die Nervenkhten weichen von dem Verhalten der rhein. Stat. ab. Die Paralyse steht besonders hoch und die Epilepsie fehlt ganz. Hier ist an die verschiedene Art der Rubrizierung in Zürich zu erinnern, in dem *Koller* die Epilepsie, Hysterie und Hypochondrie unter Gstkht der Asz. rubrizierte, so daß hiermit wahrscheinlich der besonders hohe Stand der Epilepsie der Desz. bei Gstkht der Asz. und ihr Fehlen hier bei Nervenkht der Asz. in Verbindung steht.

Diem (l. c. S. 366) fand bei seinen belasteten Gesunden bei Nervenkhten der Asz. unter 291 erkrankten Familienangehörigen 72 Epileptiker.

Bei auffall. Charakter findet eine weitgehende Analogie mit den rhein. Anst. statt: Am höchsten steht die Idiotie, dann findet ein stufenweiser Abfall bis zur Epil. inklus. statt, mit der Besonderheit, daß hier alle Zahlen viel höher stehen. — Bei Selbstm. steht wieder die einfache Gstrg am höchsten.

Bei den Schweiz. Anst. 1892 nähert sich die S der Abnormitäten der Asz. dem gewöhnlichen Erbl.-Bilde, nur nimmt, wie in Zürich, die Epilepsie die niedrigste Stelle ein. Dagegen weichen die Nachkommen der Gstkht der Asz. namhaft ab. Die Idiotie und die einf. Gstrg stehen sich gleich, u. die Paralyse u. Epilepsie in tiefem Abfall ebenfalls. — Die Trunksucht verhält sich vollkommen wie in Zürich. — Bei Nervenkhten steht auch, wie in Zürich, die Paralyse hoch, die Epilepsie ist vorhanden, aber mit niedriger Ziffer. — Die auffall. Char. der Asz. verhalten sich wie bei den anderen Statist. — Bei Selbstm. nimmt wieder die einf. Gstrg die 1. Stelle ein, hier auch bei Vergehen.

Das Resultat der Untersuchungen über die Formen nach den Abnormitäten der Asz. ist folgendes:

Bei Gstkht der Asz. und bei der S der Formen oder wenigstens bei einer dieser Positionen findet man das typische Bild der Erblichkeit.

Die Trunksucht der Asz. weicht namhaft ab, hat den höchsten Stand bei der Epilepsie, steht auch hoch in der Paralyse, z. T. auch Idiotie.

Die Nervenkhten der Asz. stehen besonders hoch in der Epilepsie, wenn diese nicht, wie in Zürich, unter Gstkht der Asz. untergebracht ist, ferner z. T. hoch in der Paralyse oder Idiotie. Dies läßt auf verschiedene Zustände der Asz. bei den einzelnen Statistiken schließen.

Bei auffallendem Charakter ist besonders bemerkenswert der Hochstand der Idiotie, so daß der Schluß auf z. T. imbezille Zustände der Asz. nahe liegt: Ferner findet sich überall, bei verschiedener Höhe der Zahlen, eine zunehmende Abnahme des PC.-Satzes der Formen von der Idiotie bis zur Epilepsie.

In der zweiten Abt. der Tab. S. 912 ist die Ziffer der Fr. auf 100 M. derselben Form u. derselben Abn. der Asz. berechnet.

Man muß hier wieder, wie in Tab. S. 908 die Eigentümlichkeiten der einzelnen Statistiken in Erwägung ziehen. So haben Zürich und die Schweiz. Anstalten überhaupt viel höhere Zahlen für die Fr. als die rhein. Anst. Deshalb stehen fast überall die Frauen bei den einzelnen Abnormitäten der Asz. in Zürich und den Schweiz. Anst. viel höher als in den rhein. Anst. Ein besonderer Unterschied liegt bei der Paralyse vor, die in Zürich und meist auch in den Schweiz. Anst. viel höher steht. Bei Epilepsie haben die Fr. in Zürich (mit Ausnahme der Gstkht der Asz.), besonders jedoch in den Schweiz. Anst., bei meist sehr kleinen Zahlen, niedrige Werte (vgl. später).

Bei allen Abnormit. der Asz. liegt im allg. die gewöhnliche Erblichkeitsregel vor: Am höchsten stehen die Fr. bei einf. Gstg. usw. — Tab. S. 915 gibt für die rhein. Statist. u. für Zürich die Krankheitsformen der Deszendenz nach Stufen der Erbl. u. den Abnormit. der Asz. Während bei den rhein. Anst. S. 912 die S aller Abnormit. u. die Gstkht der Asz. die gewöhnliche Erbl.-Regel darboten, ist dieselbe bei direkter Erbl. in der S u. bei Gstkht der Asz. mehrfach gestört. Dagegen findet sie sich im allg. bei indirekter u. bei gleichst. Erbl. in der S u.

	direkt					indirekt					gleichsteh. Erbl.				
	Idiot	Einf. S.	Paral.	Epil.	S	Idiot	Einf. S.	Paral.	Epil.	S	Idiot	Einf. S.	Paral.	Epil.	S
Zürich Aufnahme 1881—1892.															
Geisteskht	12,8	21,3	9,9	23,9	18,8	15,5	12,6	9,0	10,9	11,8	12,8	8,6	13,2	4,3	9,5
Trunksucht	12,8	12,6	9,0	10,9	11,9	5,1	1,6	0,9	4,3	1,7	—	0,4	2,4	2,2	0,9
Nervenkht	5,1	5,3	9,3	—	5,9	—	1,4	1,8	—	1,4	—	0,9	1,8	—	1,0
Auff. Char.	18,0	13,8	10,5	6,5	13,0	—	1,0	0,3	—	0,8	—	1,3	2.1	2,2	1,5
S	48,7	53,4	38,9	41,3	50,9	20,5	17,0	12,3	15,2	16,1	12,8	11,4	19,8	8,7	13,1
Zahl der Erbl.	19	651	130	19	819	8	207	41	7	264	5	139	66	4	214
Z. aller Aufn.	39	1218	334	46	1635	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3 rheinische Statistiken.															
Geisteskht	14,1	11,3	5,2	6,7	10,6	3,7	6,8	4,1	3,2	6,3	2,6	6,1	2,5	2,9	5,6
Trunksucht	3,7	7,8	6,9	9,9	7,7	—	0,3	—	0,14	0,3	—	0,23	0,81	0,3	0,3
Nervenkht	4,2	4.0	2,4	5,8	3,9	1,6	0,6	—	2,6	0,6	1,0	0,9	1,0	1,3	0,9
Auff. Char.	4.7	3,7	2,4	1,9	3,5	—	0,26	0,14	—	0,23	—	0,4	0.4	1.0	0,41
S	26,7	24,1	17,3	25,7	26,3	5,2	8,2	4,2	6,1	7,7	3,6	7,8	4,9	5,8	7,3
Zahl der Erbl.	51	1679	123	80	1933	10	503	30	19	562	7	475	35	18	535
Z. aller Aufn.	191	6126	710	312	7339	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

bei Gstkht der Asz. — Bei den andern Abnormit. der Asz. ist bei direkter Erbl. dasselbe Bild bez. der einzelnen Formen vorhanden, wie in der S der Tab. S. 912, so daß die erstere für letztere offenbar maßgebend gewesen ist. In der Tat haben die indirekte u. gleichst. Erbl. bei den andern Abnormit. außer Gstkht der Asz. so wenig Fälle, daß sie das Resultat der S der E.-Stufen dadurch nicht wesentlich ändern können. Nur die Nervenkht der Asz. liefert für indirekte u. gleichst. Erbl., besonders für Epil. noch etwas mehr Fälle. — Erst die Summierung aller Abnormit. der direkten Erbl., sowie noch der indir. u. gleichst. E., wobei nur die Gstkht der Asz. usw. wesentlich maßgebend ist, bringt für die rhein. Anst. das gewöhnliche Bild der Erbl. für die S der Abnorm. der Asz. zutage.

In Zürich fand sich bei der S der Erbl.-Stufen Tab. 912 Abweichung von dem gewöhnlichen Erbl.-Bild bei der S aller Abnormit. Die Idiotie und die einf. Gstrg. standen gleich, u. die Epil. stand am tiefsten. Die Gstkht der Asz. entsprach mehr der Erbl.-Regel, nur stand die Epil. ungewöhnlich hoch, weil hier die Epilepsie der Asz. unter Gstkht rubriziert ist. Nach Tab. S. 915 liefert nun bei direkter E. die S u. die Gstkht der Asz. das gewöhnliche Bild der Erbl., nur daß bei direkter E. (aus erwähntem Grunde) die Epilepsie sehr hoch steht. Dagegen weicht hier die indirekte und gleichst Erbl. in der S u. bei Gstkht der Asz. durch ihren Hochstand der Idiotie, die gleichst. auch noch durch einen besondern Hochstand der Paral. (vgl. später) ab. Die übrigen Abnormit. der Asz. bei direkter Erbl. sind wiederum wesentlich maßgebend für die Gestaltung der Zahlen der S derselben Abnormität, nur bringt bei indir. Erbl. die Trunksucht noch einen namhaften Zuwachs für die Idiotie. Durch die Summierung der Zahlen der einzelnen Abnormit. für direkte Erbl. entsteht das Bild der S der direkten Erbl., welches die wesentlichen Züge der Erbl. trägt, wie in höherem Grade die Gstkht der Asz. Indem zur direkten Erbl. noch der wesentlich durch Gstkht der Asz. bedingte Zuwachs der indir. u. gleichst. Erbl. kommt, entsteht das Bild der S der Stufen (Tab. S. 912), welches (in der S der Stufen) von dem regelmäßigen E.-Bilde namhaft abweicht. — Als Gründe vorkommender Abweichungen von dem gewöhnlichen E.-Bilde können aufgeführt werden kleine Zahlen bei einzelnen Formen (Idiotie u. Epilepsie), abweichender Inhalt der Formen (Paralyse), ab-

weichende Art der Rubrizierung der Abnormit. der Asz. (Epilepsie unter Gstkhten der Asz.), regionäre Verschiedenheiten oder solche der Aufnahmen.

Im folgenden sind die Abnormitäten der Asz. aufgeführt für die einzelnen Krankheitsformen, welche beiden Statistiken gemeinsam sind, wobei bei Gstkht der Asz. auch die indirekte u. gleichstehende, bei den übrigen Abnormit. der Asz. nur die direkte E. zur Berücksichtigung kommen.

Für Idiotie sind wichtig die Gstkht der Asz., in geringem Grade die Nervenkhten u. auffall. Char. (in Zürich auch die Trunksucht).

Für einfache Seelenstörung vor allem die Geisteskrankheiten der Asz., dann die Trunksucht, in geringerem Grade im allg. die Nervenkrankheiten u. auff. Char.

Für Paral. die Gstkht der Asz., die Trunksucht, in Zürich auch die Nervenkhtn.

Für Epilepsie die Gstkht, Trunksucht und Nervenkhtn (letztere in Zürich in Gstkhtn der Asz. enthalten).

Aus dem Vorstehenden über die Erbl.-Stufen ergibt sich, daß das Verhältnis der Formen zueinander auf den verschiedenen Stufen sich mehrfach ändert. Wo in der S der Stufen bei Gstkht der Asz. und der S der Abnormit. das regelmäßige E.-Bild der Formen vorlag, findet es sich bei direkter E. in beiden Positionen nicht mehr, und umgekehrt. Die indir. und gleichst E. haben z. T. das regelmäßige E.-Bild, wo es die direkte E. nicht hatte.

Orschansky (Die Vererbung im gesunden und krankhaften Zustande usw., Stuttgart 1903) hat die Zustände der Deszendenz in Beziehung gesetzt zu den Zuständen der Eltern, je nachdem letztere funktionell oder organisch erkrankt waren, Die funktionellen Krankheiten der Eltern waren Gstkhtn, Nervenkhtn, Neurosen, Neurasthenien, Hysterien usw. Die organischen Krkhtn der Eltern waren besonders Schwindsucht, dann Syphilis oder „mehrere" Krankheiten. — Die Zustände der Kinder waren totgeborne, funktionell und organisch kranke Kinder. Die totgebornen sind hier nicht weiter berücksichtigt. Zu den funktionell kranken Kindern gehören (S. 235) alle Krankheiten ohne vorauszusetzende materielle Veränderungen, Neurosen, Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, Psychoneurosen

usw. Zu den organischen Krankheiten der Kinder gehören Krankheiten des Nervensystems mit materiellen Veränderungen, dann andere innere Krkhtn, wie Schwindsucht, Herzleiden, Syphilis, Gstkhtn, wenn sie chronisch, sekundär, degenerativ sind.

Verf. hat in derselben Weise die Kinder alkoholischer Väter erforscht. Als organisch krank galten die alkohol. Väter, wenn außerdem noch eine Neurose, Periodizität oder Dipsomanie vorlag.

Die erste Tab. dieser Seite, welche die verschiedensten Krankheiten enthält, zeigt in den Kol. 5 und 6 bei funkt. Erkrankung der Eltern ein starkes Übergewicht der funkt. erkrankten Kinder über die organisch erkrankten (73—27), bei organ. kr. Eltern ein starkes Übergewicht der organisch erkrankten Kinder (31—69), und in der S der funkt. und org. kr. Eltern ein Übergewicht der funkt. erkrankten Kinder.

Die Kol. 7, 8, 9 zeigen bei funkt. erkrankten Kindern überall ein starkes Übergewicht der Töchter über die Söhne, bei organisch

Orschansky, Tab. X u. XII. S. 241 u. 244.

Eltern	Kinder				Proz. v. d. S d. Krank.		Kinder krank		
	funkt. kr.		organ. kr.		funkt.	org.	funkt.	org.	S
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
	S.	T.	S.	T.			S. = 100, Töcht. =		
funkt. krank	63	99	40	21	73	27	157	52	117
organisch krank	21	39	80	54	31	69	185	67	92
S	84	138	120	75	53	47	164	62	104
Tab. XI. Väter Alkoholiker. S. 242.									
funkt. krank	14	23	23	6	56	44	164	28	78
organisch krank	7	9	19	18	30	70	129	95	104
S	21	32	42	24	45	55	152	57	89

erkrankten Kindern überall ein Zurückstehen der Töchter. Bei organisch erkrankten Eltern ist (s. Tab.) die Töchterzahl geringer, als bei funkt. erkrankten Eltern. — Die erste Tab. bezog sich größtenteils auf direkte Erbl., die zweite nur auf die Kinder trunksüchtiger Väter. Letztere stimmt mit der ersten im wesentlichen überein.

In Analogie zu diesen Untersuchungen sind in der ersten Abt. der Tab. S. 920 bis 921 die Zustände der Deszendenz (erbl. Aufn.), je nachdem bei den einzelnen Formen ein mehr funktioneller oder organischer Krankheitszustand vorausgesetzt wurde, in Beziehung gebracht worden zu den einzelnen Abnormitäten der Asz. Als ein vorzugsweise funktionelles Leiden wurde die einfache Gststrg angesehen, als organische Gststrg in erster Linie die Paralyse, demnächst die Idiotie, in geringstem Grade oder in geteiltem Maße die Epilepsie.

Bei den Rhein. Anst. hat in der ersten Abt. bei direkter Erbl. die Gstkht der Asz. die höchste Ziffer für die einf. Gststrg der Desz., die am meisten funktionelle Krkht: 89 %, die Trunksucht fällt bedeutend ab und hat die niedrigste Ziffer (83), die beiden folgenden Abnorm. der Asz. erheben sich wieder, besonders die auffall. Char. Die S der andern Krankheitsformen der Desz. (Kol. 2—4) hat natürlich einen entgegengesetzten Verlauf. Der PC.-Satz für Gstkhtn der Asz. ist der geringste, der für Trunksucht der Asz. der höchste. — In Zürich hat die einf. Slstrg der Desz. bei Gstkht der Asz. ebenfalls die höchste Ziffer (84), die Trunksucht fällt namhaft ab (79,4), die beiden folgenden Abnormitäten stehen jedoch noch tiefer, besonders die Nervenkhtn der Asz.

Die einfache Gstg der Desz. steht in Zürich auf allen Erbl.-Stufen namhaft tiefer als in den rhein. Anst. Der Grund liegt in dem hohen Satze für Paralyse der Desz., der in Zürich bei dir. und indir. Erbl. in der S 16 %, bei gleichst. 31 %, in der rhein. Anst. auf allen Stufen 5—6 % beträgt. In Zürich beträgt der Satz für Paral. bei den Nervenkhtn der Asz. sogar 32 %. Da außerdem hier der Satz für einf. Gstrg nach Tab. S. 915 niedrig ist, so erklärt sich der niedrige Stand der letzteren in Tab. S. 920, in demselben Hochstand der Paral. das Zurückstehen der wenn auch gehobenen Ziffer für auff. Char. in Zürich gegen die rhein. Anst.

In den rhein. Anst. ist die Ziffer der einf. Gstrg für die S der Abnormit. bei der indir. und gleichst. Erbl. höher als die für die S bei dir. E., in Zürich nimmt sie von der dir. E. zur indir. und dann jäh zur gleichst. ab. Dies erklärt sich aus dem angegebenen Verhalten der Paral.

Der Grund für den Hochstand der Paral. in Zürich liegt darin, daß sie auch die organische Gehirnkht und die Dem senilis enthält.

Aszendenz	Abt. I. PC.-Satz zur S der betreff. Abnormität der Aszendenz.					Abt. II. Männer = 100, Frauen = ?						Zahl der Fälle		
	1. Einf. Gstrg	2. Paralys.	3. Idiotie	4. Epilepsie	5. S 2—4	1. Einf. Slstg	2. Paralys.	3. Idiotie	4. Epilepsie	5. S 2—4	S 1—4	M.	Fr.	S
Koller (Zürich 1881—1892). Direkte Erblichkeit.														
Geisteskht	84,0	10,7	1,6	3,6	16,0	162	43	67	120	58	137	130	178	308
Trunksucht	79,4	15,5	2,6	2,6	20,6	148	58	150	—	54	120	88	106	194
Nervenkht	66,0	32,0	2,0	—	34,0	167	48	—	—	62	116	45	52	97
Auffall. Char.	78,9	16,4	3,3	1,4	21,1	158	59	—	50	45	123	96	117	213
S aller Abn.	79,5	15,9	2,1	2,1	20,5	158	51	58	58	53	126	362	457	819
Indirekte Erblichkeit.														
Geisteskht	79	15	3	3	21	194	50	50	25	46	142	80	114	194
S der and. Abn.	77	16	3	4	23	93	57	—	—	45	79	39	31	70
S beider	78	16	3	3	22	159	52	60	14	46	123	119	145	264
Gleichstehende Erblichkeit.														
Geisteskkht	68	28	3	1	32	200	37	67	—	42	120	71	85	156
S der and. Abn.	59	38	—	3	41	143	57	—	—	50	93	30	28	58
S beider	65	31	2	2	35	184	43	67	33	44	112	101	113	214
S aller Erbl.	77	18	2	3	23	162	50	60	43	40	121	581	715	1297

3 rheinische Statistiken.

Direkte Erblichkeit.														
Geisteskht	89	5	3	3	11	117	19	108	50	47	106	378	400	778
Trunksucht	83	8	1	7	17	129	12	50	60	32	104	221	230	451
Nervenkht	84	6	3	6	15	128	—	83	125	39	108	137	148	285
Auffall. Char.	88	7	3	2	12	99	13	12	50	19	84	142	119	261
S.	87	6	3	4	13	118	16	61	70	39	103	896	921	1817
Indirekte Erblichkeit.														
Geisteskht	90	6	1	2	9	89	7	2	43	15	78	258	202	460
S der and. Abn.	87	2	3	8	13	80	—	—	12	30	71	62	44	106
S beider	90	5	2	3	10	88	7	50	27	18	77	320	246	566
Gleichstehende Erblichkeit.														
Geisteskht	92	4	1	2	9	119	29	67	50	39	109	194	212	406
S der and. Abn.	81	12	2	6	19	111	15	—	14	14	84	70	59	129
S beider	89	6	1	3	11	118	22	40	31	27	103	264	271	535
S aller Erbl.	88	6	2	4	12	111	15	57	55	33	97	1480	1438	2918

Die einf. Gstrg der Desz. steht bei Gstkht der Asz. in beiden Statistiken auf allen Stufen der Erbl. höher als bei den andern Abnormit. der Asz. Bei letzteren müssen daher die organischen Störungen mehr vertreten sein.

Die Idiotie fällt überall gegen die Paralyse sehr ab, die Epilepsie steht in den rhein. Anst. höher als die Idiotie, in Zürich ist es unbestimmt, sie steht gleich, höher oder niedriger als die Idiotie. Dies wechselnde Verhalten der Epilepsie stimmt mit den früheren Resultaten überein.

Die Gegensätze sind in der Tab. S. 920 bis 921 viel geringer als in den Tab. *Orschanskys* S. 918, weil die Zustände der Asz. und Desz. verschieden sind, sie bewegen sich jedoch in demselben Sinne. Dasselbe gilt von den Kindern trunksücht. Väter. Wie in Tab. S. 920 die einf. Gstrg der Desz. bei trunksücht. Eltern zurücksteht gegen

dieselbe bei Gstkht der Eltern, so stehen S. 918 (Tab. XI) die funkt. erkrankten Kinder bei der S der funkt. und organ. erkr. alkohol. Väter (45 gegen 55) zurück gegen die funkt. erkrankten Kinder der andersartig, besonders der bloß funkt. erkrankten Eltern der Tab. X u. XII (73 gegen 27).

Aus der vorstehenden Untersuchung ergibt sich, daß bei direkter Erbl. von allen Abnormit. der Asz. die Gstkht die höchste Ziffer für einf. Gstrg der Desz. stellt, die Trunksucht der Asz. im allg. die niedrigste. Die auffall. Char. haben eine höhere Ziffer als die Nervenkhtn der Aszendenz für einf. Sstg.

Die Höhe des PC.-Satzes der einf. Gstrg. ist bei indir. und gleichst. Erbl. im Verhältnis zur direkten in beiden Statistiken nicht übereinstimmend, wegen des abweichenden Verhaltens der Paral. in Zürich.

Auch bei indir. und gleichst. E. ist der PC.-Satz der einf. Gstrg bei Gstkht der Asz. höher als bei der S der anderen Abnorm. der Asz.

Nach der einf. Gstrg hat überall die Paralyse den höchsten Satz von allen Khtsformen der Desz. — Bei den rhein. Anst., welche die Paralyse unvermischt enthalten, ist er auf allen Erbl.-Stufen ziemlich gleich.

Die Idiotie zeigt gegen die Paralyse einen großen Abfall, die Epilepsie wechselt, ist mit der Idiotie gleich, höher oder niedriger.

Tab. S. 920 bis 921 zeigt in der zweiten Abt. die Geschlechtsziffer, den PC.-Satz der Fr. auf 100 M. berechnet. Es zeigt sich fast überall, bei allen Stufen und Abnormitäten, so weit eine hinreichende Größe der Zahl vorhanden ist, die bekannte Regel der Erbl.: am höchsten steht die einf. Gstrg usw.

Man könnte den Ausdruck: „Regel der Erbl.“ beanstanden, da diese Regel sich auch bei den Aufnahmen im allgemeinen findet. Doch tritt sie bei den erblich Belasteten besonders hervor. Dann hat die Erblichkeitsziffer bei der S der M. und Fr. nach den Formen dieselbe Regel, endlich tritt die Geschlechtsziffer besonders bei direkter E., die Erbl.-Ziffer bei indirekter Erbl. besonders hervor.

Auf S. 23 im 64. Bd. dieser Zeitschr. und nach Tab. S. 912 war ausgeführt, daß Zürich überhaupt eine viel höhere Ziffer für die Fr. hat als die rhein. Stat., die indirekte Erbl. in Zürich höher steht als die dir., die gleichst. Erbl. am tiefsten steht, während bei den

rhein. Anst. die indirekte Erbl. tiefer steht als die direkte, die gleichstehende sich wieder erhebt. Alle diese Unterschiede sind auch bei den einzelnen Formen und Abnormit. der Asz. in Tab. S. 920—921 im allg. nachweisbar.

So stehen die Zahlen in den rhein. Anst. bei allen Formen niedriger als in Zürich, bei indir. E. viel mehr, bei gleichstehender am wenigsten. — Bei Trunksucht gehörten beide Statistiken zu denen mit geringem Rückstand der Fr. gegen die Gstkht der Asz. bei direkter Erbl. Dasselbe findet sich auch hier in Zürich. Dagegen stehen sie in den rhein. Anst. bei einf. Gstrg. sogar über der Ziffer bei Gstkht der Asz., während die S. der folgenden Formen (Kol. 2—4) namhaft niedriger steht. Die auffall. Char. standen in Zürich auffallend hoch, in den rhein. Anst. niedrig. Dieselben Gegensätze finden sich bei allen Formen. — Bei indir. und gleichst. E. stehen die Gstkhtn der Asz. höher als die andern Abnormitäten der Asz., in Zürich allerdings wesentlich nur bei der einf. Gstrg und der S., z. T. jedenfalls wegen der kleinen Zahlen.

Die Paralyse steht für die Fr. überall viel tiefer als die einfache Gstrg, in Zürich höher als in den rhein. Anst., wobei wieder daran zu erinnern ist, daß in Zürich unter Paral. auch die organ. Slstrg und die Dem. sen. untergebracht sind. — So weit die Idiotie und Epilepsie hinreichende Zahlen liefern, steht die Idiotie über der Paralyse. Entsprechend den früheren Ergebnissen steht die Epil. in Zürich vielfach niedriger als die Idiotie, in den rhein. Anst. höher. — Die S der Formen außer einf. Sstrg (Kol. 2—4) steht. in den rhein. Anst. überall mit einer Ausnahme viel höher als die Paral., in Zürich nur stellenweise, offenbar wegen der z. T. anderen Beschaffenheit der unter Paral. untergebrachten Fälle.

Als allgemeine Regel ergibt sich: je mehr die Zustände der Asz. funkt. Kkhtn der Kinder begünstigen, um so größer wird die Zahl der Töchter im Verhältnis zu den Söhnen, und je nach dem Grade, nach dem sie organische Krankheiten (in erster Linie Paralyse) begünstigen, steht die Zahl der Töchter hinter der der Söhne zurück. Dies steht in Übereinstimmung mit dem Ergebnis *Orschanskys*.

Das Resultat ist, daß das charakteristische Bild der Erbl. nach den Geschlechtern bei den Krankheitsformen im allgemeinen auch

bei den verschiedenen Abnormitäten der Asz. und Stufen der Erbl. hervortritt und daß dabei die Eigentümlichkeiten der einzelnen Statistiken je nach der Stufen der Erbl. und den Krankheitsformen gewahrt wird.

Diese Geschlechtsregel nach den Formen ist die beständiste von allen Erblichkeitsregeln.

Die gewöhnliche Erblichkeitsregel der Formen: Im allgemeinen hat die einfache Gstrg die höchste Erbl.-Ziffer, die Idiotie steht entschieden niedriger, die Paralyse fällt noch mehr ab, die Epilepsie ist unbeständig usw., erleidet nach vorstehenden Untersuchungen bezüglich der Abnormitäten der Asz. und den Stufen der Erbl. manche Modifikationen.

In der S der E.-Stufen findet sich bei Geisteskrankheit der Asz. und bei der S der Abnorm. der Asz. oder wenigstens bei einer dieser Positionen das typische Bild der Erblichkeit.

Wo in der S der E.-Stufen bei Gstkht und der S der Abnormitäten der Asz. gie gewöhnliche E.-Regel vorlag, ist dieselbe mehrfach bei direkter Erbl. für die Gstkht und die S der Abnorm. der Asz. gestört.

Wo in der S. der Stufen die E.-Regel bei Gstkht und in der S der Abnormit. gestört war, findet sie sich bei beiden Positionen bei direkter Erbl. mehr oder weniger gut ausgeprägt.

Wo die Erbl.-Regel bei direkter Erbl. bei Gstkht und der S der Abnormit. gestört war, findet sie sich ausgesprochen bei indirekter und gleichst. Erbl., und umgekehrt.

Bei den übrigen Abnormitäten der Asz. außer Gstkht ist die direkte Erbl. für die S der betreff. Abnormität maßgebend, da die indirekte und gleichst. E. verhältnismäßig wenig Fälle haben. — Bei Trunksucht der Asz. weicht das Bild der Krankheitsformen von dem der Gstkht der Asz. ab. Sie hat ihren höchsten Stand bei Epil. der Desz., steht auch hoch bei Paralyse, z. T. auch Idiotie. — Die Nervenkhtn stehen besonders hoch in der Epilepsie, z. T. in der Paralyse und Idiotie. — Bei auffall. Char. steht die Idiotie besonders hoch. Von da nehmen ihre Zahlen stufenweise ab bis zur Epilepsie, bei verschiedener Höhe der Zahlen in den einzelnen Statistiken.

Durch die Summierung der Zahlen der einzelnen Abnormit. für direkte E. entsteht das Bild der S. der direkten E. Indem hierzu der wesentlich durch Gstkht der Asz. bedingt Zuwachs der indirekten und gleichst. E. kommt, entsteht das Bild der S der Stufen und Abnormitäten für jede Statistik.

Wenn man bei jeder Abnormität der Asz. die einzelnen Krankheitsformen zur S. derselben Abnorm. berechnet, so stellt bei direkter Erbl. die Gstkht der Asz. die höchste Ziffer für einfache Gstrg. der Desz., die Trunksucht der Asz. die niedrigste. Die aufll. Char. der Asz. haben für einf. Gstrg. eine höhere Ziffer, als die Nervenkhtn. — Auch bei indir. und gleichst. Erbl. ist der PC.-Satz der einf. Gstrg. höher als bei der S der andern Abnormit. der Asz.

Nach der einf. Gstrg. hat überall die Paralyse den höchsten Satz von allen Krankheitsformen. — Die Idiotie hat gegen die Paral. einen großen Abfall, die Epilepsie wechselt, ist bald mit der Idiotie gleich, bald höher oder niedriger.

Die Geschlechtsziffer liefert für die einzelnen Krankheitsformen auch bei den verschiedenen Abnormitäten der Aszendenz und Stufen der Erbl. das charakteristische Bild der Erblichkeit. Dabei werden die Eigentümlichkeiten der einzelnen Statistiken gewahrt. Zu den letzteren gehört z. B., daß Zürich und die schweiz. Anst. eine viel höhere Ziffer für die Fr. haben als die rhein. Anst., die indir. E. in Zürich höher steht als die direkte, die gleichstehende am tiefsten steht, während bei den rhein. Anst. die indir. E. tiefer steht, als die direkte, die gleichst. sich wieder erhebt. Alle diese Unterschiede sind auch bei den einzelnen Abnormitäten und Stufen im allgemeinen nachweisbar. So stehen die Frauen in den rhein. Anst. bei allen Formen niedriger, als in Zürich, bei indir. Erbl. viel mehr, bei gleichsteh. am wenigsten. — Auf allen Stufen der Erbl. haben mit wenigen Ausnahmen die Gstkhtn der Asz. eine höhere Ziffer für die Frauen als die S der andern Abnormit. der Asz.

Bei Paralyse stehen die Fr. überall viel tiefer als die einf. Gstrg, in den rhein. Anst. überhaupt am tiefsten von allen Formen, in Zürich viel höher als in den rhein. Anst. (Zürich hat unter Paral. auch die organischen Gehirnkhtn und die Dem. sen. rubriziert).

Die Idiotie steht über der Paralyse, die Epilepsie in den rhein. Anst. höher als die Idiotie, in Zürich vielfach niedriger.

Die periodischen Geisteskrankheiten und die Dementia praecox.

In der folgenden Tabelle sind Angaben über periodische Seelenstörung von *Fitschen* und *Schüle* und über Dementia praecox von *Wolfsohn* in Beziehung gebracht zu den Angaben von *J. Koller* über Zürich, und zwar in der ersten Abt. die Aufnahmen betreff. zu der einfachen Gstrg. (Tab. S. 912, in der zweiten Abt., die Gesamtzahl der Angehörigen betreffend, zu der Gesamtzahl der S der Formen (Tab. S. 905, zweite Abt.).

I. Abteilung.

Berechnung zur S. der Erblichen.

Aszendenz	Aufnahmen				
	J. Koller Einf. Slstg.	*El. Fitschen* Period. Seelenstrg I	II	*Schüle*	*Wolfsohn* Dem. praec.
Geisteskrht	51,9	80	—	55	62
Trunksucht	18,0	5	—	—	13
Nervenkrht	10,6	5	—	20	13
Auffall. Char.	19,3	5	—	25	12
Selbstmord	1,3	5	—	—	—
Zahl der Fälle	1297	20	—	20	315

II. Abteilung.

Gesamtzahl der erkrankt. Angehörigen.

	S d. Formen	Period. Seelenstrg			Dem. praec.
Geisteskrht	45,9	73,0	63,9	51,3	46
Trunksucht	20,9	8,1	8,3	7,9	18
Nervenkrht	12,2	10,8	4,0	13,2	20
Auffall. Char.	18,7	5,4	20,6	18,5	16
Selbstmord	2,2	2,7	3,1	9,2	—
Zahl der Fälle	2451	37	216	76	773
Auf 100 Auf. kommen erkr. Angehörig.	169	185	223	380	230

Da zum Teil die Zahl der betreff. Gesamtaufn. (Erbl. und Nichterbl.) sich nicht ermitteln läßt, so ist die Berechnung zur S der Erbl. gemacht. Bei *Schüle* (Frage des Heiratens früher Gstkr. Berlin 1905) ist die einfache Nervosität, neuropath. Anlage unter Nervenkrankheiten rubriziert, die psychisch nervöse Konstitution, psychopathische Anlage, unter auffall. Charakter. Bei *Schüle* finden sich in der zweiten Abt. unter den

39 Fällen von Gstkht der Asz. 3 Fälle von schwerer psychopathischer Charakteranlage. Bringt man diese unter auffall. Char. unter, so hat die Gstkht der Asz. 47,4 %, auffall. Char. 22,4 %.

Die 20. Aufn. von *Fitschen* I (I. Abt.) entsprechen den 21 Fällen in dieser Z. 63. Bd. S. 433, von denen einer (entfernte Verwandte gstkr.) fortgelassen ist. *Fitschen* II (Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie Bd. VII, H. 2 und 3) bezieht sich auf 97 erbl. Belastete von 120 Gesamtaufnahmen = 80,8 %. Andere Angaben sind: *Ziehen* fand (n. Thomsen) bei zirkulärem Irresein schwere Belastung in 60 %, bei period. Manie in 80 % Belastung. *Mendel* fand unter 15 F. periodischer Manie 10 mal erbl. Belastung. *Ryssia Wolfsohn* (diese Ztschft., 64. Bd. 347 ff.) gibt bei dem praec. 90 %, Koller bei einf. Gstg. 81,9 % an Auf bestimmte E. Unterschiede kann man hieraus nicht schließen.

In der I. Abt. der Tabelle haben die Periodischen bei Gstkht der Asz. bei *Schüle* 55 %, bei *Fitschen* 80 %, die Dementia praecox (62) zwar weniger als letztere, aber doch mehr als die einf. Slstrg (51,9 %). In den folg. Abnormitäten der Asz. hat *Fitschen* nur je 1 Fall, *Schüle* 4, nur bei auff. Charakt., wo auch die einf. Gstrg ansteigt, 5. Die Dem. praec. verhält sich mit ihren viel größeren Zahlen als die Period. sehr regelmäßig. Die Trunksucht (13) und die auffall. Char. (12) bleiben namhaft unter der einf. Geistesstörung (18,0 und 19,3), die Nervenkhtn sind höher (13 gegen 10,6).

Die II. Abt. hat auch für die Periodischen höhere Zahlen. Die Geisteskhtn der Asz. stehen bei den Period. am höchsten, fallen stufenweise von 73,0 auf 51,3, die Dem. praec. und die S d. Form. stehen mit 46 viel tiefer. Bei der Trunks. stehen die Period. am tiefsten (etwa 8 %), die Dem. praec. viel höher (18), die S d. F. noch höher (20,9). Bei Nervenkhtn und auff. Char. halten sich die Period. je zweimal ungefähr in der Höhe der S d. F. (12,2—18,7), während die Dem. praec. bei Nervenkhtn der Asz. höher steht (20), bei auff. Char. tiefer (16). Bei Selbstmord stehen die Period. höher als die S der Formen.

Die letzte Zeile zeigt, daß die Period. eine namhaft größere Zahl von erkrankten Angehörigen haben als die S d. Form. (169). Die 1. Kol. der Period., *Fitschen* I, war gesammelt zum Studium

der Kinderzahl (185), die 2. Kol. (223) war unterschiedslos angesammelt, die 3. Kol. (380) betrifft Fälle, welche *Schüle* als schwere bezeichnet. Die Dem. praec. verhält sich wie *Fitschen* II. — Bezüglich der Geschlechtsverhältnisse sagt *Thomsen* (diese Z., 64. Bd. S. 633) beim Bericht über die *Kräepelin*sche Darstellung: Bei beiden Krankheiten (Dementia praecox und manisch-depressives Irresein) ist die Beteiligung der Geschlechter keine sehr verschiedene. S. 635 sagt er in seinem Namen: Von den an Katatonie bzw. Dem. praec. Erkrankten sind etwa zwei Drittel Männer, während unter Manisch-Depressiven zwei Drittel Fr. sind. Bei der folgenden Zusammenstellung mahnen die kleinen Zahlen von *Fitschen* zur Vorsicht in Schlüssen. Nach den Zahlen sind die Fr. bei der S. der Form. (Zürich) am meisten vertreten, bei der Dem. praec. weniger zahlreich als bei den Periodischen. Sie übertreffen aber auch hier die M. Es ist. dabei zu erwägen, daß die Fr. in Zürich überhaupt viel höheer Zahlen stellen als in andern Anstalten.

	S der Aufn.		Erblich.		S. der Aufn.	Erbl.
	M.	Fr.	M.	Fr.	M=100, Fr.=:	
Zürich, E. Slstg., d. Z. 64. B. S. 9	—	—	—	—	159	162
Fitschen I, Periodisch.	11	14	8	12	127	140
Wolfsohn, Dem. praec.	305	342	147	168	112	114

Als Resultat ergibt sich, daß bei den Aufn. die Period. bei Gstkht der Asz. höhere, zum Teil viel höhere Zahlen stellen als die einf. Slstrg. Die Dem. praec. stellt zum Teil niedrigere Zahlen als die Period., aber höhere als die einf. Gstrg. Die Dem. praec. steht bei Trunksucht und auffall. Char. unter der einf. Gstrg, bei Nervenkht über derselben.

Bei der Gesamtzahl der Angehörigen haben bei Gstkht der Asz. die Periodischen eine hohe Ziffer, anscheinend fallend mit der Schwere der Fälle. Sie stehen hier namhaft höher als die Dem. praec. und die S der Formen, welche gleichstehen. Bei der Trunksucht der Asz. stehen die Period. am tiefsten, die Dem. praec. namhaft höher, aber unter der S d. F. Bei Nervenkhtn und auffall. Char. haben die Period. je zweimal ungefähr die Höhe der S d. F.

während die Dem. praec. bei Nervenkhtn höher, bei auffall. Char. tiefer steht. Bei Selbstmord stehen die Period. höher als die S der Formen.

Die Periodischen haben eine größere Zahl erkrankter Angehörigen als die S d. F., anscheinend steigend mit der Schwere der Fälle. Die Dem. praec. entspricht der mittleren Ziffer der Periodischen.

Die Frauen sind bei den Periodischen zahlreicher als bei der Dem. praecox.

Die Periodischen stehen daher nach den Ergebnissen von Seite 912 und 920—21 den funktionellen Erkrankungen näher und die Dem. praec. mehr den organischen. Dazu stimmt, daß bei letzterer die Gstkhtn und auffall. Char. der Asz. einen geringern, die Trunksucht und die Nervenkhtn der Asz. einen höhern Prozentsatz haben als bei den Periodischen. —

Tab. S. 930—31 enthält 4 deutsche Sammeltabellen und eine Tab. von Zürich über die Größe der erkrankten Abstammung je nach väterlicher oder mütterl. Erkrankung, nach Abnormitäten der Aszendenz, direkter od. indirekter Erblichkeit.

Die S. der Abnormitäten hat überall, mit nur 1 Ausnahme, ein übereinstimmendes Verhalten: Bei direkter Erbl. überwiegt überall der väterliche Einfluß, bei indirekter der mütterl., letzteres mit Ausnahme von Zürich mit Übergewicht des väterl. Einflusses. Bei direkter E. ist der väterl. Einfluß in der 1. Tab. um 6% größer, in der 3. um 1,4%, in der 4., die in der Zeit am meisten zurückliegt, um 1,1%, in Zürich um 8,2%. — Bei indirekter Erblichkeit beträgt das Übergewicht des mütterl. Einflusses bei überhaupt viel niedrigeren Zahlen 0,5—0,8%, in Zürich das des väterl. 0,5 %.

Bei Geisteskrankheit der Asz. überwiegt bei direkter und indirekter Erbl. überall der mütterl. Einfluß, mit Ausnahme der indirekten E. bei Zürich mit Gleichheit. Das Übergewicht des mütterl. Einflusses beträgt bei direkt. E. 1,3—2%, bei indirekt., wie in der S der Abnormit., 0,5—0,8%.

Die Trunksucht verhält sich der Gstkht entgegengesetzt. Bei direkter und der kleinen Zahl der indirekten E. überwiegt der väterl. Einfluß. Bei direkter Erbl. beträgt das Übergewicht 7,1 gegen 0,3, in der 3. Tab. 2,7—0,14, in Zürich 10,2—1,0.

Abnormitäten der Aszendenz, nach väterlicher und mütter-

Aszendenz	Merzig I, II, Grafenbg.				dito mit Düren			
	Erblichkeit							
	direkte Seit.		indirekte Seit.		direkte Seit.		indirekte Seit.	
	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.
Geisteskrankheit	4,3	5,7	2,6	3,4	4,6	5,9	3,1	3,6
Trunksucht	7,1	0,3	0,18	0,1	6,5	0,29	0,16	0,1
Nervenkrankheit	1,7	2,0	0,29	0,31	1,8	2,2	0,28	0,3
Auffall. Char.	1,9	1,4	0,1	0,12	1,8	1,3	0,14	0,16
Selbstmord	0,3	0,07	0,14	0,014	0,26	0,05	0,12	0,05
Vergehen	0,18	0,014	—	0,014	0,15	0.01	0,01	0,01
S	15,5	9,43	3,57	4,1	14,9	9,7	3,8	4,3
S ohne Gstkht d. Asz.	11,2	3,73	1,15	0,7	10,3	3,8	0,7	0,7
Zahl der erbl. Fälle	1138	692	262	298	1411	916	356	403
Gesamtzahl d. Aufn.	7337				9400			

Bei Nervenkhtn der Asz. überwiegt, wie bei Gstkhtn der Asz. bei direkter und indirekter E. der mütterl. Einfluß. Dies Übergewicht ist in der 3. Tab. bei dir. E. nur ein geringes (0,03). Von den beiden Bestandteilen derselben befolgen die 3 westfäl. Anstalten die Regel in ausgesprochenem Maße (1,0—1,4), während Sachsenberg mit seiner kleinen Zahl abweicht (2,3—1,5).

Bei auffallendem Charakter überwiegt bei direkter E. im Gegenteil der väterl. Einfluß, in Zürich auch bei indirekter E.

Bei Selbstmord der Asz. ist bei den kleinen Zahlen bei direkter u. indirekter E. der väterl. Einfluß überwiegend, ebenso bei Vergehen direkte E. in den 2 Statistiken mit dieser Abnormität.

Das Übergewicht des väterl. Einflusses bei direkter E. in der S aller Abnormit. der Asz. ist im wesentlichen durch die Trunksucht der Asz. bedingt, während eine geringe Verstärkung überall noch durch die auffall. Charaktere der Asz. bewirkt wird. — Das Übergewicht des mütterl. Einflusses bei indir. E. in den 4 deutschen Statist. wird wesentlich durch die Gstkhten der Asz. bedingt, während die Nervenkhten mit ihren kleinen Differenzen in demselben Sinne wirken.

licher Abstammung, nach direkter und indirekter Erblichkeit.

3 westfäl. Anstalten 1881—87 und Sachsenberg 87—1904				7 Statistiken v. 1867—1875, Sachsenbg. I bis *Ullrich*				Zürich 1881—92			
direkte Seit.		indirekte Seit.		direkte		indirekte		direkte Seit.		indirekte Seit.	
Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.	Vat.	Mutt.
3,9	5,6	3,9	4,7	5,4	7,4	3,6	4,3	7,2	8,8	5,6	5,6
2,7	0.14	0,24	0,14	—	—	—	—	10,2	1,0	1,0	0,6
1,4	1,43	0,4	0,7	—	—	—	—	2,5	2,7	0,6	0,8
0,6	0,5	0,07	0,07	—	—	—	—	5,7	5,1	0,4	0,3
0,56	0,1	0,27	0,16	—	—	—	—	0,3	0,1	0,2	0,1
0,06	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9,2	7,8	4,9	5,8	11,8	10,7	4,0	4,7	25,9	17,7	7,9	7,4
5,3	2,2	1,0	1,0	6,4	3.3	0,4	0,4	18,7	7,5	2,3	1,8
645	545	341	401	606	556	205	245	424	290	129	120
6992				5113				1635			

Das Übergewicht des väterl. Einflusses bei indir. E. in Zürich ist durch Trunksucht u. auffallenden Char. der Asz. bedingt.

Wenn man überall die Ziffern für Gstkht der Asz. von der S der Abnormit. abzieht (vorst. Tab., Zeile unter dem Strich), so hat der bleibende Rest ohne Gstkht der Asz. bei dir. E. ein noch viel größeres Übergewicht des väterl. Einflusses. bis zur doppelten und 3fachen Größe. Diese Restsumme enthält für den väterlichen Einfluß noch die Trunksucht, während der mütterl. Einfluß um den großen Anteil der Gstkht der Asz. vermindert ist. — Die indirekte E. hat in der Restsumme in der 1. Tab. ein Übergewicht des väterl. Einflusses, in den 3 folgenden Gleichheit, was beides durch Fortfall des mütterl. Einflusses bei Gstkht der Asz. bedingt ist. — In Zürich überwiegt der väterl. Einfluß.

Es erscheint angemessen, die etwaigen Beziehungen der Tab. S. 930—31 mit der Tab. S. 908 zu erörtern, d. h. die Frage, ob mit einem Übergewicht des väterl. resp. mütterl. Einflusses ein Übergewicht der Söhne resp. Töchter zusammengeht. Es kommen nach früherem für Gstkht u. die S der Abnormit. der Asz. die direkte u. indirekte

Erblichkt zur Berücksichtigung, bei Trunksucht, Nervenkht u. auffall. Char. der Asz. nur die direkte, da hier die indirekte Erblichkeit mit ihren kleinen Zahlen wenig ins Gewicht fällt.

In Tab. S. 930 überwiegt bei Gstkht der Asz. u. direkter E. überall der mütterl. Einfluß über den väterl. In Tab. S. 908 überwogen bei Gstkht der Asz. u. direkter E. mit 1 Ausnahme die Töchter (gleich: die aufgenommenen Fr.) über die Söhne.

In der früheren Arbeit (l. c. Bd. 64, S. 44) ergab sich bei Untersuchung aller gstkr. Kinder bei Gstkht der Eltern u. direkter E. ein entschiedenes Übergewicht des mütterlichen Einflusses über den väterl., ferner bei mütterl. Erbl. überall ein entschiedenes Höherstehen der Töchter als bei väterl. Erbl., womit für die S ein Übergewicht der Töchter gegeben wäre.

Bei Gstkht der Asz. u. direkter Erbl. wird daher die obige Frage in bejahendem Sinne entschieden.

Bei Gstkht der Asz. u. indirekte Erbl. überwiegt in Tab. S. 930 in den deutschen Anstalten ebenfalls der mütterl. Einfluß, wenn auch in geringerem Grade. Die Töchter stehen jedoch in Tab. S. 908 3 mal niedriger, 1 mal den Söhnen gleich u. 1 mal höher. — In Zürich ist der väterl. u. mütterl. Einfluß gleich. Dagegen ist in Tab. S. 908 die Zahl der Töchter außerordentlich hoch.

Bei Gstkht der Asz. u. indir. E. ist demnach die Zahl der Töchter im Verhältnis zu den Söhnen der obigen Annahme großenteils entgegengesetzt.

Bei Trunksucht der Asz. überwiegt in Tab. S. 930 bei dir. E. überall der väterl. Einfluß in hohem Grade. Dazu stimmen in Tab. S. 908 4 deutsche Statistiken mit einem meist starken Zurückstehen der Töchter. Dagegen überwiegen in den Rhein. Statistiken und in Zürich die Töchter über die Söhne, in Zürich in hohem Grade (120), wenn sie auch hinter der Gstkht der Asz. namhaft zurückstehen.

Bei der frühern Arbeit an einem z. T. andern Material (diese Zeitschr. Bd. 64, S. 40) ergab sich ebenfalls, daß die Nachkommen trunksücht Asz. hinsichtlich der Geschlechtsverhältnisse in bezug auf obige Frage kein eindeutiges Resultat ergeben.

Bei Nervenkhten der Asz. überwiegt in Tab. S. 930 bei direkter E. überall der mütterl. Einfluß. Dementsprechend überwiegen in Tab. S. 908 mit 1 Ausnahme die Töchter über die Söhne.

Es findet sich daher dasselbe Verhalten wie bei Gstkht der Asz. u. direkt. E.

Bei auffall. Char. der Asz. überwiegt in Tab. S. 930 bei direkter E. überall der väterl. Einfluß. In Tab. S. 908 überwiegen in der Hälfte der Fälle die Söhne, in der Hälfte die Töchter.

Bei der S der Abnormit. der Asz. überwiegt bei direkter Erbl. überall der väterl. Einfluß. Dagegen stehen in Tab. S. 908 die Töchter 5mal unter 6 Statistiken über den Söhnen. In dieser Form stimmt daher die S. der Abnormit. der Asz. nicht mit der obigen Voraussetzung.

Bei indir. E. (S d. Abn.) war in den deutschen Anst. die mütterl. E. immer größer als die väterl. Dabei standen in Tab. S. 908 die Fr. 4mal niedriger als die M., 2mal höher. — In Zürich war (S. 930) die väterl. E. höher. Dabei standen (S. 908) die Töchter namhaft über den Söhnen. — Dieses Verhalten der Töchter bei indir. E. (S d. Abn.), welches wesentlich mit dem bei Gstkht der Asz. übereinstimmt, widerspricht demnach der obigen Voraussetzung.

In der früheren Arbeit (l.c. S. 33) wurde für die S der Abnormitäten der Asz. bei direkter Erblichkeit ebenfalls das Übergewicht des väterl. Einflusses nachgewiesen, jedoch auch, daß nach Ausschließung der Nachkommen trunksücht. Asz. überall der mütterl. Einfluß überwiegt. Dabei waren (l. c. S. 37) bei mütterl. direkter E. die T. fast immer stärker vertreten als die Söhne und auch immer stärker, als bei väterl. direkter E., dies auch nach Ausschließung der Nachk. trunks. Asz. Dies ist also dasselbe Verhalten, wie S. 930 bei Gstkht der Asz. Die S der Abn. ohne die Nachk. trunks. Asz. würde daher der Voraussetzung entsprechen, daß beim Übergewicht der mütterl. Erbl. über die väterl. die Zahl der Töchter größer ist, als die der Söhne. — Bei indirekter E. war (l. c. S. 33) ebenfalls der mütterl. Einfluß größer als der väterl., mit Ausnahme von Zürich mit Übergewicht des väterl. Einflusses. Bei väterl. Abstammung standen die Töchter unter den Söhnen, bei mütterl. E. in 3 Statistiken ebenfalls, in der Mehrzahl jedoch über ihnen, besonders hoch in Zürich usw. Bei indirekter Erbl. finden sich daher z. T. Widersprüche gegen die obige Annahme.

Die im Eingang gestellte Frage läßt sich daher dahin beantworten: Bei Geisteskrankht der Aszendenz, Nervenkht u. der S der Abnormitäten der Asz., wenn man von letzterer die Nachkommen trunksücht. Asz. ausschließt, findet sich bei direkter Erbl., entsprechend einem Übergewicht des mütterl. Einflusses über den väterl.,

ein Übergewicht der Töchter über die Söhne. — Bei indirekter Erblichkeit, ferner bei Trunksucht und auffall. Char. der Asz. läßt sich ein der obigen Regel entsprechendes Verhalten nicht bestimmt nachweisen. Einige Data verhalten sich sogar entgegengesetzt.

Die Resultate der Untersuchung über den Einfluß der väterl. resp. mütterl. Erblichkeit auf die Deszendenz, je nach den Abnormitäten der Aszendenz u. den Stufen der Erblichkeit sind folgende:

Bei Geisteskrankheit der Asz. überwiegt bei direkter Erbl. der mütterl. Einfluß über den väterlichen um 1,3 bis 2,0 %, bei indirekter auch, mit 1 Ausnahme, um 0,5—0,8 %.

Bei Trunksucht der Asz. überwiegt bei direkter E. in hohem Grade die väterl. Seite.

Bei Nervenkhten der Asz. überwiegt, wie bei den Gstkhten bei direkter u. indirekter E. die mütterl. Seite.

Bei auffall. Charakter überwiegt bei direkter Erbl. die väterl. Seite.

Bei der S der Abnormitäten überwiegt bei direkter Erbl. überall der väterl. Einfluß, bei indirekter mit 1 Ausnahme der mütterl. Das väterl. Übergewicht schwankt bei direkter E. zwischen 1,1 u. 8,2, das des mütterl. bei indirekter E. zwischen 0,5 u. 0,8 %. — Das Übergewicht des väterl. Einflusses bei direkter Erbl. wird im wesentlichen durch Trunksucht der Asz., in geringem Grade noch durch auffall. Char. der Asz. bedingt. Das Übergewicht der mütterl. Seite bei indirekter E. in den deutschen Anstalten wird wesentlich durch Gstkht der Asz., in geringem Grade noch durch Nervenkhten der Asz. bedingt.

Bei Gstkht, Nervenkheit u. der S der Abnormitäten der Aszendenz, wenn man von letzterer die Nachkommen trunksücht. Asz. ausschließt, findet sich bei direkter E., entsprechend einem Übergewicht der mütterl. Seite über die väterl., ein Übergewicht der Töchter über die Söhne. — Bei indirekter Erbl., ferner bei direkter Erbl. von Trunksucht u. auffall. Charakter der Asz., läßt sich ein der obigen Regel entsprechendes Verhalten nicht bestimmt nachweisen. Einige Data verhalten sich direkt entgegengesetzt.

Genese einer sexuellen Abnormität bei einem Falle von Stehltrieb.

Von

Dr. med. *W. Försterling*,

ehem. Assistenzarzt der Anstalt Herzberge-Berlin, jetzt an der Landesirrenanstalt zu Landsberg a. W.

Im folgenden möchte ich über einen Fall von krankhafter Neigung zum Stehlen berichten, der durch die Komplizierung mit einer sexuellen Abnormität noch besonders bemerkenswert ist.

In den ersten Monaten des Jahres 1905 hatte ich in der Anstalt Herzberge Gelegenheit, die des Diebstahls im wiederholten Rückfalle angeschuldigte und früher oft bestrafte Clara B. auf ihren Geisteszustand zu beobachten und zu begutachten. Nach ihrer Freisprechung wurde sie der Anstalt Herzberge wieder zugeführt, wo sie sich auch jetzt noch befindet.

Die damals 46 Jahre alte unverehelichte Näherin B. hatte, nachdem sie nach 10jähriger Zuchthaushaft 1904 entlassen war, eingestandenermaßen 1 Wurst, 1 Teekessel, 1 Flasche Altvaterlikör und eine Büchse Sardinen gestohlen.

Bereits im Konfirmationsalter beginnen ihre Bestrafungen (Verweis, Haft usw.).

Nicht lange nach Verbüßung der einzelnen Strafen beging sie stets wieder Diebstähle und kam in die Strafanstalt auf immer länger währende Zeiträume.

Ich darf hier vielleicht eine Liste der von der B. entwendeten Gegenstände, chronologisch geordnet, anführen, indem ich noch hinzufüge, daß die ältesten Akten schon vernichtet sind und ich die zu jener Zeit gestohlenen Sachen nicht mehr feststellen konnte.

1877. Ein Stück Tuch (als sie ertappt wurde, gab sie vor Angst einen falschen Namen an).

1878. Ein Strohhut; noch ein Hut.

1881. Hat in mehreren Geschäften gekauft und ist an der Kasse vorbeigehuscht; der Schaden belief sich auf Beträge von 8,50 bis 120 Mk.

1885. Eine Trikottaille.

1887. Ein Stück Zeug (bei der Haussuchung fanden sich noch 11 Stück Zeug; Wert: 3 bis 10 Mk.)

1889. Goldwaren aus acht Geschäften im Wert von 20 bis 465 Mk. Strafe: 5 Jahr Zuchthaus.

1894. Kleinigkeiten aus sechs Geschäften: 2 Gurken, Zunge, Schlackwurst, eine Rolle Schnur, eine Sülzwurst, ein Kasseler Rippespeer, eine Porzellantasse. Strafe: 10 Jahr Zuchthaus.

1904. Ein Teekessel, eine Büchse Sardinen, etwas Wurst, eine Flasche Altvaterlikör.

Die B. hatte zuhause immer noch mehr gestohlene Gegenstände, fast alle unbenutzt herumliegend; sie wurden bei Haussuchungen entdeckt, da sie meistens noch nicht Gelegenheit gefunden hatte, sie sich wieder unauffällig vom Halse zu schaffen.

Sie hat stets ihre Diebstähle eingestanden, reuig geweint, wohl auch hier oder da mal gesagt, sie könne es nicht lassen, nie aber ihre Motive des näheren erklärt, sondern sie ließ sich sozusagen willig verurteilen. Sie fürchtete in früherer Zeit, erst recht bestraft zu werden, wenn sie angäbe, sie könne gegen ihre unverbesserliche Lust am Stehlen nicht ankämpfen. Sie meint auch, daß sie einmal gerade wegen einer derartigen Äußerung ihrerseits eine unverhältnismäßig hohe Strafe erhalten habe. Auch hielt sie selber bei ihrer bigotten Art ihre Stehlsucht für sündhaft und betete deshalb sehr viel. Später, als sie beim Stehlen Orgasmus bekam, trat noch das Gefühl des Gênanten des ganzen Vorganges hinzu.

Und so erklärt es sich, daß es bei ihr niemals zu einer psychiatrischen Begutachtung gekommen ist.

Nachdem sie aber 1904 aus dem Zuchthause entlassen war, hatte sie in der Schillingstraße in Berlin eine kleine Wohnung inne und fiel hier ihrem Aftermieter, einem jungen Kaufmann W., durch ihr vieles Weinen und Beten auf. Als er sie einmal bei einem heißen Gebete zu Gott, der sie vor dem Stehlen schützen solle, belauscht hatte, vertraute sie sich ihm an, und als er nun auch erfuhr, daß wiederum ein Verfahren wegen Diebstahls gegen sie schwebe, machte er dem Ersten Staatsanwalt davon Mitteilung. Dadurch kam der Fall zur Begutachtung.

Seit Anfang der 20er Jahre ist die B. fast dauernd hinter Schloß und Riegel gewesen. Nach den Akten der Strafanstalten hat sie oft zu Klagen Anlaß gegeben. Sie zankte sich mit ihren Mitgefangenen, war aufsässig, nahm auch hier und da einer anderen etwas weg, war sehr fromm, betete, dichtete und wollte sich nichts sagen lassen.

Zeugen für ihre sonstige Vorgeschichte waren mir nicht zur Verfügung, da Verwandte und Bekannte teils wegen ihres Lebenswandels, teils, weil die lange Strafhaft die B. außer Konnex setzte, sich von ihr

zurückgezogen hatten. Eine Cousine, Frau P., erschien allerdings vor Gericht als Zeugin, konnte aber nichts Brauchbares bekunden, da sie als Kind die B. nur wenig kannte.

Um zunächst das Wesen der B. zu schildern, will ich einen Teil der Krankheitsgeschichte der Anstalt Herzberge im Auszuge mitteilen. Ich lasse dabei jedoch vor der Hand alle, bei eingehender Exploration hervorgegangenen genaueren Daten über ihren Stehltrieb und seine Motive und über ihr Geschlechtsleben weg, um mich bei der Schilderung und Besprechung ihres Lebens nicht immer wiederholen zu müssen.

1. Aufnahme.

15. Februar 05. Hat der Pflegerin erzählt, daß sie so viel Kummer und Sorgen durchgemacht habe, sie sei so oft wegen Diebstahls bestraft und könne doch nichts dafür, das Stehlen sei ihr angeboren. Erzählt dem Arzt auf Befragen, sie sei schon vor der Konfirmation ein paarmal wegen Diebstahls bestraft worden. Ihre Mutter habe, als sie mit ihr schwanger ging, in einem Nachbarhause etwas gestohlen, was keinen Wert hatte. Der Stehltrieb sei auf sie übergegangen. Das sei jetzt ihr Mißgeschick. Das Stehlen komme wie Anfälle über sie. Es sei ihr in dem Moment eine wahre Lust. Vor dem und nach dem wüßte sie nichts davon. Die Sache mit der Mutter (den Diebstahl während der Schwangerschaft derselben) hätte sie von einer Tante erfahren. Sie sei früher mal im Untersuchungsgefängnis wahnsinnig geworden. War so schwermütig, ums Haar hätte sie sich das Leben genommen. Bisher gut geschlafen.

16. Februar 05. In der letzten Nacht geweint, hat sich auf den Fußboden gelegt und gejammert, auf Fragen der Pflegerin nicht geantwortet. Sagt dem Arzt heute, wenn ihr so zu Mute sei, komme kein Wort über ihre Lippen. Liegt für gewöhnlich still im Bett, beteiligt sich wegen ihrer Schwerhörigkeit wenig an der Unterhaltung anderer, hat aber zeitweise ein großes Bedürfnis sich mitzuteilen und erzählt besonders einer bestimmten Pflegerin viel von ihrem Leben. Dabei wiederholt sie sich außerordentlich viel, spricht von ihrem Unglück immer in Superlativen, macht einen intensiven Unterschied zwischen sich und gewöhnlichen Verbrechern. Neigung zu religiösen Schwärmereien. Liest im Gebetbuch. Manchmal kommen ihr dabei die Tränen. Auch singt sie fromme Lieder, deklamiert religiöse Gedichte, von denen einige angeblich von ihr verfaßt sind. Dieselben sind schwülstig, bilderreich, religiös und phrasenhaft. Betont dann immer, so etwas könne sie jetzt nicht mehr machen, ihr Nervensystem sei durch die lange Haft zerrüttet, ihr Gedächtnis geschwunden. Auch erzählt sie gern, daß sie nur in besseren Kreisen verkehrt habe, gebildet sei, und daß sie mit einem vornehmen Herrn ein Verhältnis gehabt habe, der ihr eine ganze Einrichtung gekauft und sie auch oft materiell unterstützt habe. Sie halte viel von der Religion, bete viel und sei von

den Angehörigen schon früher verspottet worden. Manche hätten behauptet, sie leide an religiösem Wahnsinn. Gestohlen habe sie als Schulkind schon. Der Lehrer habe dann gesagt, sie werde noch mal im Zuchthaus enden.

17. Februar 05. Faltet heimlich die Hände unter der Bettdecke und betet, daß ihr die Tränen herunterlaufen (Bericht der Nachtwache).

18. Februar 05. Weint den ganzen Morgen. Ist nicht zu einer Äußerung zu bewegen.

23. Februar 05. Sehr wechselnd im Verhalten, oftmals sorglos heiter, oft tiefsinnig. Manchmal ist sie so geniert, über ihr Leben zu sprechen, daß sie nur in Andeutungen redet und das Wort „Zuchthaus" gar nicht aussprechen kann; anderemale erzählt sie Mitkranken und Pflegerinnen rückhaltlos davon. Sie ist zu allen freundlich und liebenswürdig, wenn sie nicht gerade weint. Nie erregt oder zornig. Spielt gern mit einem kleinen idiotischen Kinde. Spricht nie ein unanständiges Wort.

26. Februar 05. Hat dem Kinde einen Apfel weggenommen. Gibt ihn später von selber wieder zurück.

2. März 05. Örtlich und zeitlich völlig orientiert. Merkfähigkeit: 1963 nach 4 Minuten richtig wiederholt.

Kaiser? Wilhelm Rex.

Welcher? der II. oder III.

$17 + 4 = 21.$

$17 - 3 = 14.$

Unterschied zwischen Preußen und Deutschland?

Fluß Berlin? (simuliert hier sicher). Fluß Hamburg? (schließlich nach langem Besinnen): Elbe.

Unterschied Fluß und See? (kriegt es nicht raus).

Warum fließt ein Fluß? (hält Fluß für Abfluß größerer Gewässer).

Einwohner Berlins? In die Millionen geht es.

Luther: Bibelübersetzer und Reformator. (Kennt die Geschichte ziemlich genau).

Wie ist der Mann der Schwester Ihres Vaters mit Ihnen verwandt? (Typische Antwort): Der ist in Thüringen, (schließlich doch): Onkel.

Was ist Verbrechen? Sünde. Vergehung gegen Gesetz.

Warum Verbrechen bestraft? Zum Schutze des Nächsten und um den Bösen zu bessern.

Wie denken Sie sich die Zukunft? Ich muß eben, wenn das so über mich kommt, eingeschlossen werden, damit ich nicht rauskomme und stehle. In zwei Tagen ist das sicher vorüber.

Warum bisher nicht geschehen? Hab es ja niemand zu sagen gewagt, und wenn ich mich selber einschließe, mach' ich ja doch wieder auf, wie mondsüchtig, ich muß eben.

Warum nicht früher vor Gericht vom Stehltrieb gesagt? Wie kann ich denn! Das hätten eben meine Eltern sagen müssen. Die haben es doch

gewußt. Die sind an allem schuld. Wie kann ich denn auch sagen: „Ich kann das Stehlen nicht lassen!?"

Bei der ganzen Exploration „stellt sie sich an", zimperlich; jammert dazwischen wieder pathetisch, paßt nicht auf, redet immer von ihren Seelenqualen und Seelenkämpfen usw.

Da sie erzählt hat, daß sie einigemale Visionen gehabt, war sie aufgefordert worden, diese Visionen zu beschreiben. Trotz ausdrücklicher Weisung nur inhaltlich kurz zu schildern, da der Arzt das andere ja alles wisse, schreibt sie einen langen Salbader mit vielen religiösen Phrasen verbrämt, und die Hauptsache verschwindet fast ganz.

7. März 05. Läuft auf und ab, wirft sich auf den Boden „ich habe keine Ruhe! ich weiß nicht, was mir ist; lassen Sie mich zufrieden"

8. März 05. Wieder ganz vergnügt.

14. März 05. Beschäftigt sich mit Hausarbeit. Singt und betet dann viel aus dem Gesangbuch. Freundet sich mit Pat. M. und K. an, die viel von Spiritismus erzählt und Karten legt.

19. März 05. Bettnässen, Schlafwandeln, Mondsucht, Krampfanfälle negiert. Ohnmachten oft, seit vielen Jahren schon. Ihr werde so angenehm schwach, „es ist solche Seligkeit". Brauchte sich manchmal nur in eine Sofaecke zu setzen, dann ginge es bald vorüber. Es sei „ein unnennbares süßes Gefühl", das sie überkomme. Sie werde blaß dabei. Früher hätten Bekannte ein nasses Tuch ihr auf die Stirn gelegt, dann war wieder alles vorüber. Erscheinungen will sie dabei nicht gehabt haben. Dabei sollen auch keine Erregungszustände auftreten, auch nicht im Anschluß an Ohnmachtsanfall. Nie Zungenbiß, nie Hinstürzen. Geträumt habe sie von jeher sehr lebhaft und oft ängstlich (z. B. stünde am Rande eines Abgrunds [Albdruck]); hat oft aufgeschrien. Sei oft beim Beten ohnmächtig geworden, auch manchmal beim Schreiben und beim Dichten, wenn innerlich erregt ...... Ohnmachten, Beklemmungsgefühl, periodische Verstimmungen nicht irgendwie koinzidierend mit Periode. (Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen? nachdem ihr erklärt, was gemeint ist). Oft Tür manchmal auf- und dann wieder zugeschlossen, oft wieder an die Klinke gefaßt. Aber nicht sonderliche Beklemmung dabei. Periode nach Einsegnung. Immer ziemlich regelmäßig früher. Jetzt seit mehreren Jahren unregelmäßig.

1. Partus mit 18 ½ Jahren.
2. Partus mit 28 ½ Jahren.

Geburten normal. Kinder angeblich von demselben Manne.

Stehltrieb auch unabhängig von Periode. In Schwangerschaft auch nicht mehr als sonst. Eigentliches Globusgefühl fehlt. Mit der Zeit sei sie etwas vergeßlich geworden, aber stets Erinnerung an die Straftaten.

Macht einen großen Unterschied zwischen sich und eigentlichen Verbrechern, habe Abscheu gegen solche; besonders gegen Diebe, da ihre Motive zum Stehlen ganz anderer Natur seien. Fühle ihren Stehltrieb

als Fluch und schwere Krankheit auf sich lasten. (Weint los); wünsche nie entlassen zu werden, möchte in einer Anstalt bleiben; das müsse ja sein, sonst stehle sie ja doch wieder. Ach, wenn doch ein Mensch immer um sie wäre, der sie mit Gewalt halten könnte, aber selbst das würde ja auch nichts nützen; denn, wenn der Trieb über sie komme, dann würde sie sich der Gewalt entziehen, sie würde es auf alle Fälle zu erreichen suchen; sie kenne sich dann nicht mehr, von Willen sei dann bei ihr keine Spur, der Geist sei willig, aber das Fleisch schwach, oder nein, nicht mal das, auch der Geist nicht willig, sie sei nicht mehr sie selbst, nicht in ihrer eigenen Gewalt, sie könne beten, soviel sie wolle, und weinen und flehen; es gehe doch los, sie wisse es ja, und der Erfolg habe es ja jedesmal gezeigt.

Hypnose. — Druck auf Augenlider, Streichen der Arme. Sinkt leicht in Hypnose. Katalepsie der Arme und Beine. Versuch sie zum Stehlen zu bringen mißlingt. Kleine suggerierte Handlungen werden ausgeführt; riecht an Bleistift statt Rose usw. Nachher Amnesie, habe wohl geschlafen, entsinnt sich dann, daß der Arzt ihr die Augen zugedrückt habe. Weiter weiß sie nichts. — 23. März 05. Kann über die Straftaten nur ganz summarisch berichten, habe, wenn sie außerhalb einer Strafanstalt war, eigentlich immer gestohlen. Gewöhnlich eine Zeitlang immer in derselben Branche, weil ihr das bequemer lag. Daß sie auch mal Sachen von hohem Werte gestohlen, sucht sie zunächst zu verheimlichen, gibt das aber, als sie daran erinnert wird, unumwunden zu. Bei Haussuchungen wurden bei ihr gewöhnlich ganze Sammlungen entwendeter Gegenstände gefunden, viele wurden ihr allerdings auch als gestohlen vorgeworfen, die sie gekauft hatte. Sie stahl an manchen Tagen in sehr vielen Läden, wenn das Gefühl endlicher Erleichterung und Befriedigung, das später mit Wollust verbunden, noch nicht gekommen war; sie lief dann so lange in die Läden, bis ihr bei Entwendung eines Gegenstandes volle Befriedigung wurde. Sie sei dann „wie nicht recht gescheit“ gewesen, habe aber immer Erinnerung an die Tat gehabt. Vorher habe sie meist zwei Tage nicht schlafen können, wurde immer unruhiger, bekam Angst, Beklemmung, Schweiß, sie weinte dann viel und betete, Gott möge sie doch bewahren, es half aber alles nichts.

Im Gefängnis auch viel gebetet, dort oft nach Gebet Erleichterung, aber nie Wollust, sondern „beinahe wie Ohnmacht, so rosig“. In Strafhaft manchmal Visionen gehabt, die sie nicht eigentlich für krankhaft hält. Gott gesehen, Christus auch, er sagte: „Ich, Dein Gott, helfe Dir.“ Hat's auch getan, allerdings „nur innerlich“, indem sie das Gefühl bekam, doch ein Kind Gottes und nicht verloren zu sein. Sah sich selbst in der Luft schweben, ein Banner mit frommer Inschrift in der Hand usw. Sexuell mit Bräutigam stets normal, angeblich keine Perversitäten, auch dabei Orgasmus, sogar angenehmer als beim Stehlen, das sei eben auch anders, mehr Entladung ihrer unruhigen Stimmung dabei. Schildert ekstatische

Zustände, in denen sie im Gefängnis selig in den Himmel geblickt, „vielleicht stundenlang". Christus sah sie vorwurfsvoll an, „wie den Petrus". Sah die Menschheit geteilt in den frommen und bösen Haufen usw. „Beten Sie nur fleißig, Herr Doktor, dann können Sie das auch erleben; ja, so was will errungen sien, heiliger Schauer ist alles. Beten muß man und nicht Liebeleien haben. Darum habe ich die Erscheinungen immer nur im Gefängnis gehabt, wo ich nicht in dieser Hinsicht sündigen konnte!"

25. März 05. Hat nachts 4 Uhr einen kleinen Suizidversuch gemacht: stand, als Pflegerin den Saal betrat, hinter dem Bett, das Taschentuch zweimal um den Hals geschlungen; ließ es sich, gering sich sträubend, abnehmen und weinte. Es könne nicht mehr so weiter gehen; sie ertrüge es nicht länger.

27. März 05. Entlassen; ins Untersuchungsgefängnis zurückgeführt.

Zweite Aufnahme (nach Freisprechung) 31. Mai 1905.

16. Juni 05. In den Gefängnissen sei der Drang auch aufgetreten. „Dann habe ich auch gestohlen, Nadelbüchsen, Knöpfe usw. Später habe ich's dann wieder zurückgegeben. Aber es war nicht so wie draußen. Es ist nicht so zum Ausdruck gekommen."

Habe früher beim normalen Geschlechtsverkehr mit ihrem Bräutigam und ihren Verhältnissen auch Befriedigung empfunden. Dazwischen sei ihr aber immer wieder dasselbe mit dem Stehlen passiert. Sie könne nicht sagen, daß ihr die Befriedigung beim Stehlen angenehmer gewesen wäre, als der normale Koitus. Es ist ihr einmal passiert, daß sie sich plötzlich in einer anderen Gegend der Stadt fand, ohne zu wissen, wie sie dahin gekommen ist. „Es war, wie verlaufen." Anfälle nie.

Während die Pflegerin, welche die Kranke bisher zu besorgen hatte, keine Klagen über die Patientin geäußert hat, ist heute der neuen (seit gestern) an gleicher Stelle tätigen Pflegerin aufgefallen, daß die Patientin an die Betten der übrigen Patientinnen im Saal herangetreten ist und den Kranken alles Eßbare fortgenommen hat, um es sofort aufzuessen. (Vgl. damit die Angabe der Patientin, daß sie hier in der Anstalt einmal das merkwürdige Gefühl gehabt habe.)

30. August 05. Ihr Stehltrieb tritt zeitweise noch zutage, doch ist derselbe leicht in Schranken zu halten. Wenn etwas fehlt, sucht man bei ihr nach und findet es dann regelmäßig.

Dritte Aufnahme 30. November 1905. (Die B. war inzwischen in der Charité zur Lichtbehandlung ihres Lupus. Hat nach der Anamnese dort auch gestohlen und verleumdet.)

Bei Aufnahme: Kommt ziemlich erregt, lügt, verleumdet.

1. Januar 06. Drängt energisch auf weitere Lichtbehandlung. Man habe ihr diese versprochen. Die Stadt müsse zahlen.

7. Januar 06. Als ihr mitgeteilt wird, sie sei aus der Charité deshalb zurückgeschickt worden, weil sie dort auch gestohlen habe, wird sie

sehr indigniert. Das könne nur die Schwester behauptet haben. Die habe es dem Herrn Stabsarzt in die Feder diktiert. Warum sie das behaupte, das wisse sie sehr gut. Solange sie (Patientin) für jene gearbeitet habe, wäre es gut gewesen.

Verlangt, daß die Sache untersucht wird. Auf die Entgegnung, daß man sich nach den hier gemachten Erfahrungen darauf nicht einlassen könne, bittet sie um Briefpapier. Sie wolle an ihren Rechtsanwalt schreiben, daß der die Sache in die Hand nehme. Sie wünsche, daß die Angelegenheit untersucht werde. Sie sei doch keine Diebin, sie stehle nur, wenn „ihr so sei".

19. Januar 06. Queruliert wegen der Kost. Hering sei zu scharf. Der schade ihr. Sie müsse etwas anderes haben.

23. Januar 06. Versucht, mit einer zur Entlassung kommenden Kranken einen Brief hinauszuschmuggeln. Anfälle habe sie in der Charité zweimal gehabt. (Was gemacht?) — Sie nehme nicht so leicht was weg, die Sache müsse ihren Reiz haben. Das Stehlen müsse mit einer gewissen Schwierigkeit verbunden sein.

10. Mai 06. Hat neuerdings einen 70 jährigen Mann für sich interessiert, der sie dauernd besucht, immer sehr zärtlich ist, mehrere Anträge auf Entlassung gestellt hat und sie heiraten will.

29. Juni 06. Patientin hat seit Februar cr. keine Menstruation (47 ½ Jahre). Sie gibt an, sie habe seit dieser Zeit nicht mehr die animierte Stimmung mit der geschlechtlichen Aufgeregtheit und habe deshalb auch nicht mehr gestohlen oder Neigung zum Stehlen gehabt; das müsse doch alles Hand in Hand gehen, so auch die Periode; und da diese weg sei, hätte man doch eine Gewähr dafür, daß sie nicht mehr stehlen werde. Daher hätte man auch keinen Grund mehr, sie hier zu halten. Außerdem werde ja jetzt der Herr K., der sie heiraten wolle, auf sie aufpassen.

Schwört Stein und Bein, daß sie, solange sie in Herzberge sei, noch nichts genommen habe, in der Charité auch nicht. Als sie an Einzelheiten erinnert wird, sagt sie natürlich, daß alles entstellt sei. Von der Charité und ihren Rencontres mit dem Pflegepersonal erzählt sie in starkem Affekt, teils den einen grundlos in den Himmel hebend, teils den anderen stark anschwärzend. In vollster Überzeugung von ihrem im Grunde edlen Charakter streicht sie sich selbstgefällig heraus, tut verschämt über ihr Geschlechtsleben, will aber absolut heiraten; bringt das entweder zimperlich-jüngferlich oder aber kaufmännisch klar und berechnet vor, wie's eben paßt.

Über ihren körperlichen Befund, den sie in der Anstalt bot und noch jetzt bietet, ist folgendes zu sagen:

Die B. ist mittelgroß, mäßig gut genährt, von blasser Farbe; rechte Wange ist mit Lupuseruptionen bedeckt; es besteht aber auch knöcherne Gesichtsasymmetrie. Rechtsseitig besteht eine ganz leichte Spitzen-

affektion, rechts ein kleiner Leistenbruch. Die Genitalien zeigen keine Besonderheiten.

Knie- und Achillphänomen beiderseits lebhaft.

Plantarreflex r > l.

Bauchdeckenreflex beiderseits +.

Leichtes Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Keine bemerkenswerte Gesichtsfeldeinschränkung. Es besteht beiderseits Schwerhörigkeit.

Pinselberührungen werden am ganzen Körper weniger gefühlt, als unter normalen Verhältnissen. Rechts besteht leichte Hypästhesie. Am ganzen Körper Hypalgesie. Eine stärkere Hypalgesie an beiden Unterschenkeln.

Im folgenden will ich nun die Lebensgeschichte der B. mitteilen, so wie sie aus den mehrfachen Untersuchungen, den Akten der Strafanstalten und der Staatsanwaltschaft, meinen Erhebungen während der damaligen Vorbesuche zur Begutachtung und besonders den öfteren Unterhaltungen mit der Kranken während ihres zweiten und dritten Aufenthaltes in der Anstalt Herzberge sich aufbaut.

Bei dem zweiten Vorbesuche am 19. März 1905 trat die B. zum erstenmal damit hervor, daß sie beim Stehlen Wollustgefühl bekomme. Und dann kamen nach langem Drumherumreden, heißen Tränen, Gebeten und echter Scham (bei den späteren Unterhaltungen färbte ihr hysterisches Wesen auch dieses Gefühl mit unnatürlichen Beimischungen) ihre „Heimlichkeiten" zutage.

Die eingehenden Explorationen über ihr Geschlechtsleben sind, abgesehen von den Vorbesuchen, in mehreren, immer monatelang auseinanderliegenden längeren Unterhaltungen erfolgt, hauptsächlich deshalb, weil ich, bei dem Wesen der Kranken Unzuverlässigkeit befürchtend, sicherer gehen wollte, damit die in einzelnen Unterhaltungen sich etwa ergebenden Abweichungen mir zeigen könnten, wie weit ihren Angaben über ihr Innenleben zu trauen sei. Im großen und ganzen war diese Befürchtung, wie ich später sah, nur wenig berechtigt; denn wie sehr die B. auch bei Angaben über ihre Zänkereien mit dem Pflegepersonal zur Lüge und Übertreibung neigt, wie affektiert später oftmals ihre Geniertheit, wie widerspruchsvoll ihre religiösen und sittlichen Anschauungen waren, und schließlich wie wenig präzis ihre zeitlichen Angaben waren, — im wesentlichen waren ihre Aussagen über ihren Stehltrieb und die Motive, ihre merkwürdigen sexuellen Erlebnisse, immer übereinstimmende.

Das, was sich nun im ganzen aus alledem ergab, ist folgendes:

Die B. ist das zweite von 12 Kindern, drei Geschwister sollen noch am Leben sein. Der Vater betrieb eine Fuhrwirtschaft, kam aber nicht voran, gab sie auf, wurde dann Kommissionär. Er trank immer etwas.

Er starb vor 13 oder 14 Jahren. Die Mutter starb an „Brustkrankheit“, soll auch „nervös“ gewesen sein, anscheinend aber nicht wesentlich. Ihre einmal anfangs in Herzberge gemachte Äußerung über den Diebstahl der Mutter in der Schwangerschaft ist wohl nur der Erklärungsversuch ihrer selbst oder ihrer Tante, unter Benutzung eines alten Volksglaubens.

Der Großvater väterlicherseits trank. Die B. entsinnt sich aus ihrer Jugend, daß er einmal nach einem größeren Alkoholexzeß in der Wut alle Fenster seines Hauses eingeschlagen habe.

Die B. selbst ist 1858 geboren, hat als Kind Masern durchgemacht, sonst erinnert sie sich keiner Krankheit aus ihrer Kindheit.

In der Schule lernte sie leidlich gut. Krampfanfälle und nächtliches Einnässen sollen nicht vorgekommen sein. Von Jugend auf aber hatte sie nachts öfters Albdrücken.

Erst in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten hat sie mitunter leichte Ohnmachtsanwandlungen gehabt, nach Aufregung, beim Beten und beim Dichten, was sie in Gefängnissen gern tat. Ganz bewußtlos wurde sie dabei nie, sprach auch nie verwirrt.

Die erste Periode trat bald nach der Einsegnung ein. Die Menstruation war früher immer regelmäßig, wurde erst in letzter Zeit unregelmäßig und blieb während des Aufenthaltes in der Anstalt Herzberge schließlich ganz weg. (Klimax.)

Schon in der Jugend, so lange sie denken kann, fand die B. ein großes Vergnügen darin, zu stehlen. Es war ihr als Kind eine große Lust, anderen Kindern Spielsachen wegzunehmen; auch Eßwaren nahm sie, schließlich alles, was sie kriegen konnte. Die Motive hierfür kann sie nicht angeben. Sie könne nicht behaupten, daß es ihr etwa angenehm war, die Kinder weinen zu sehen. Sie gab auch sehr oft von selber die Dinge wieder zurück, gab auch gern von ihrem Eigentum etwas ab.

Obwohl sie oft dafür gezüchtigt wurde, konnte sie ihre Untugend nicht unterdrücken. Ihre Mutter mußte häufig bei Nachbarsleuten wieder gutmachen, was sie, die Kranke, angerichtet hatte.

Bei kleinen Einkäufen konnte sie es nicht unterlassen, einen Gegenstand aus dem Laden mitzunehmen, sei es was es wolle, das Wegnehmen an sich schon hatte außerordentlichen Reiz für sie.

Mit 12 Jahren entwendete sie mit einem anderen Mädchen gelegentlich eines gemeinsamen Einkaufs beim Konditor einige Zuckersachen, die später bei jenem Mädchen gefunden wurden. Dadurch kam die Sache heraus, und die eigene Mutter züchtigte die B. durch Rutenschläge auf die entblößten Nates. Nur die ersten Schläge taten weh, dann aber trat ein merkwürdig angenehmes Gefühl ein, sie bekam zum erstenmal Orgasmus. Die Mutter bemerkte die Veränderung, schaute ihr ins Gesicht und ließ von der Züchtigung ab.

Naturgemäß beschäftigte das Vorkommnis bei der Züchtigung ihre Phantasie, jedoch, glaubt sie, nicht sehr lange und auch nicht allzuoft;

sie will auch Schläge auf den entblößten Podex nicht mehr bekommen haben. Das Stehlen, das sie auch damals weiter fortsetzte, soll in der Folgezeit durchaus nicht ein bewußtes Mittel zum Zweck der Herbeiführung einer geschlechtlichen Erregung gewesen sein, sondern sie stahl, wie vorher, weiter aus derselben ihr unerklärlichen, damals für sie auch einer Erklärung nicht bedürfenden Neigung, die zwar unüberwindlich schien (was ihr jedoch nicht besonders zum Bewußtsein kam), die aber nicht als so quälender Zwang empfunden wurde, wie es später der Fall war.

Bewußte perverse geschlechtliche Neigungen waren ihr in der Jugend fremd. Sentimentale Mädchenfreundschaften bestanden hier und da, auch kam es dabei zu Zärtlichkeiten und Küssen, aber ohne daß deutliche sexuelle Neigungen hervortraten. Sie verlobte sich ziemlich früh, empfand auch bei den Zärtlichkeiten des Bräutigams geschlechtlichen Reiz. Der Bräutigam trennte sich von ihr, als sie einmal wieder wegen Diebstahls gerichtlich bestraft wurde. In späteren Jahren hat sie hier und da mit einem Manne ein geschlechtliches Verhältnis gehabt. Im geschlechtlichen Verkehr zeigten sich keine deutlichen pathologischen Abweichungen. Geschlechtlich erregt wurde sie damals nur in Gegenwart oder durch die Zärtlichkeiten eines Mannes; beim Beischlaf hatte sie den gewöhnlichen Genuß. Zwar war es ihr lieb, wenn sie dabei heftig angepackt wurde, jedoch bewegten sich derartige leichte masochistische Gefühle noch in normaler Breite. Auch deutet nichts daraufhin (wenigstens ist nichts von der Kranken darüber zu erfahren), daß sich zu damaliger Zeit oder vorher in der Kindheit ihre heimlichsten Gedanken mit Vorstellungen der Algolagnie beschäftigten. Später aber regten sich in ihr von selber öfters sexuelle Gelüste; und in der Entbehrung des Geliebten, besonders aber in der Erwartung desselben, suchte sie Befriedigung, indem sie das Kopfkissen umarmte, die Betten oder Kleidungsstücke des Mannes an die Unterbauchgegend drückte. Selbstausgeübte Masturbation brachte zwar Erregung, angeblich aber nicht volle Befriedigung und soll früher im ganzen selten ausgeführt sein.

Abgesehen also von dem Jugenderlebnis (Züchtigung seitens der Mutter) zeigte die Geschlechtsempfindung und das Geschlechtsleben kein erhebliches Abweichen vom gewöhnlichen.

Um so mehr fällt nun die Angabe der Kranken auf, daß sie (sie kann nicht genau das Jahr bestimmen, jedoch war es ungefähr in der Mitte der zwanziger Jahre, also zur Zeit ihrer volleren Reife) bei der Ausführung eines Ladendiebstahls, nachdem sie vorher sehr aufgeregt gewesen, plötzlich Orgasmus bekam. Ihre Angaben darüber sind ungenau, wann das Wollustgefühl eintrat, ob in dem Moment, wo sie nach dem Gegenstand griff, oder wo sie ihn in Sicherheit hatte, oder wo, was oft sofort geschah, die Sache gleich bemerkt und sie festgenommen wurde.

Nachdem ihr das noch ein paarmal passiert war, änderte sich der Charakter ihres Stehltriebes.

Aus ihrer Kindheit ist ihr zwar nicht bekannt, daß oder ob sie ernstlich gegen ihre Untugend angekämpft hat, doch aus der Zeit, wo sie erwachsen war, ist ihr in Erinnerung, daß sie von Zeit zu Zeit in eine merkwürdige, schwer zu beschreibende Stimmung kam. Es sei oft folgendermaßen verlaufen: Eines Tages wurde ihr so schwer zu Mute, so „merkwürdig ums Herz", sie hatte nirgends Ruhe, Hitze stieg ihr auf in den Kopf, auch ein beklemmendes Gefühl ging ihr hoch bis in den Hals, „es war mir immer so, als ob nicht viel mehr fehle, dann ist das Leben weg". Sie mußte dann viel weinen und konnte sich nicht aussprechen, sie bekam kaum ein Wort hervor. Der Zustand dauerte meist bis zum nächsten Tage, die Nacht inzwischen habe sie wenig geschlafen, oft gebetet. Am andern Morgen aber sei es meistens noch viel schlimmer gewesen, die Unruhe wurde unerträglich, es habe sie mit Macht aus der Wohnung getrieben. Aus Erfahrung wußte sie, daß sie nun stehlen würde; trotzdem sei es ihr um keinen Preis möglich gewesen, sich dann über ihren Zustand auszusprechen, damit die Tat noch verhindert werden könnte. Sie habe sich manchmal eingeschlossen, aber sie wußte ja, daß sie doch wieder öffnen würde.

Jedoch war dieser Zustand nach ihrer Schilderung nicht absolut unangenehm; es mischten sich Angst und Erwartung zugleich in die triebartige Erregtheit, in der es sie nirgends ließ. Dieser Zwang löste sich gewöhnlich in Ausführung eines Diebstahls; wenn nicht, so stahl sie in dieser Stimmung weiter, bis sie nach einigen Diebstählen sich befreit fühlte. Sie hatte dann ein Gefühl innerer Befriedigung, sie atmete auf.

Später aber, als sie beim Stehlen Orgasmus bekam, mischte sich in diese sonderbare Stimmung vor dem Diebstahl, anscheinend ihr unbewußt, die sexuelle Zutat. Der Drang wurde jetzt viel gewaltiger. Wenn sie auch den Stehlakt nicht ausführte, um Orgasmus zu bekommen, so war die Stimmungslage, in die sie von Zeit zu Zeit geriet, jetzt eine deutlich gehobene, es war, wie sie selber sagt „wie geschlechtliche Lust". Die unangenehmen Empfindungen, die sich hineinmischten, beruhten jetzt eigentlich nur auf der Überlegung, daß sie nun, wie sie wohl wußte, unweigerlich einen Diebstahl begehen würde, was sie für Sünde hielt, und infolgedessen vermutlich eine Freiheitsstrafe zu gewärtigen hatte, deren Unannehmlichkeiten sie aus Erfahrung kannte.

Hatte sie früher in der Qual ihrer Spannung vor den Diebstählen öfters gebetet und damit die Tat hinausgeschoben, so war ihr eine Bekämpfung jetzt kaum möglich; sie sagt wörtlich: „Da ist nichts mehr von Gott, da denke ich garnicht daran, wie schrecklich es ist, was ich tun will, da habe ich gar nicht mal ernstlich die Absicht, es zu lassen!" Betete sie wirklich, so wußte sie, daß es doch nichts helfen würde. Manchmal ging das so einen Tag und eine Nacht hindurch; dann machte sie sich des Morgens, vor Unruhe zitternd, gewöhnlich mit einer Handtasche auf, war aber im übrigen so aufgeregt, daß sie ihr Geld offen auf dem

Tisch und die Tür unverschlossen ließ, und ging stehlen, bis sich der innere Drang in Befriedigung löste, und zwar jetzt mit Orgasmus.

Die Qualität des Gegenstandes war ihr in bezug auf seine Brauchbarkeit gleichgiltig; man denke nur daran, daß sie sich ebensogut eine Goldkette aneignete, wie sie mit Kleinigkeiten, z. B. einer Tasse, zwei Gurken, einem Teekessel, einer Büchse Sardinen oder einer Rolle Schnur fürlieb nahm. Je schwieriger aber ein Gegenstand zu erlangen war, um so eher war sie befriedigt. Wenn sie eine Zeitlang Wertsachen stahl, so tat sie das mehr im Hinblick auf die schlimmeren Folgen (also auch Gefahr), als auf den materiellen Wert für sie. Überhaupt spielt die Schwierigkeit und die Gefahr bei ihrem Stehlen eine Rolle. Die Gefahr konnte auch darin bestehen, daß in dem betreffenden Geschäft eine genaue Kontrolle ausgeübt wurde und viele Menschen sie umgaben, unter deren Augen sozusagen sie dann stahl. All die kleinen Unredlichkeiten und Diebstähle, die sie in Strafanstalten beging, indem sie anderen arbeitenden Gefangenen hier eine Nadelbüchse, da Knöpfe usw. wegnahm, brachten ihr nicht entfernt die oben angegebene Befriedigung, ebensowenig auch das öftere Wegnehmen von Eßwaren anderer Kranker letzthin in der Anstalt Herzberge.

Vor über 15 Jahren nun trat noch ein anderes Erlebnis ein, das ebenso wie die Züchtigung in der Jugend durch die Mutter sie sehr überraschte. Kurz nach Ausführung eines Ladendiebstahls ergriff sie auf der Straße ein Mann, vermutlich der Inhaber des Ladens (in der Erregung habe sie es nicht genau gesehen), und gab ihr eine kräftige Ohrfeige. In demselben Moment trat bei ihr Wollustgefühl ein. In der darauffolgenden Zeit hat sie an diese Ohrfeige nur mit peinlichen Gefühlen gedacht, die Erinnerung war für sie nicht sexuell aufregend. Wohl aber erinnert sie sich, daß sie *nach diesem Erlebnis* einigemale gerade in dem Moment der Überraschung beim Diebstahl oder bei der Festnahme oder bei der einige Augenblicke darauf erfolgten Entlarvung Wollustgefühl bekam.

In der früheren Zeit war es nach ihrer Angabe nicht genau zu bestimmen, in welchem Augenblick das Wollustgefühl eintrat, nur so viel wisse sie sich zu erinnern, daß in den Jahren *vor* jener Ohrfeige einigemale gerade das *bei* oder kurz *nach* dem Stehlakt sie überkommende Wollustgefühl sie die Vorsicht außer Acht lassen ließ, so daß ihre Ertappung auf frischer Tat erfolgen konnte. Sie habe wie „benommen" dagestanden und alles mit sich geschehen lassen. *Jetzt* aber geschah es öfters, daß das Wollustgefühl nicht nur *während*, sondern anscheinend gerade *infolge* dieser peinlichen Szene auftrat. Wenn es vorgekommen war, daß ihr Spannungsgefühl nach *ein*maligem Diebstahl sich nicht löste (sei es mit oder ohne Wollust), so trat jetzt bei einer *Entdeckung* fast regelmäßig Orgasmus auf. Sie fühlte dabei, daß sie an den Genitalien naß wurde, klemmte die Schenkel zusammen, faßte auch wohl mit der Hand nach dieser Gegend.

Kam sie jetzt (d. h. nach jener Ohrfeige) einmal in jene von ihr beschriebene Stimmung der heftigen Spannung, so tauchten in ihr immer energischer die Vorstellungen an den Diebstahl und die darauf folgende Szene, besonders an letztere, auf. Nichtsdestoweniger aber hatte eine derartige Stimmungslage, wie sie meint, nichts zu tun mit einer von selbst auftretenden geschlechtlichen Aufgeregtheit, wie sie sie auch kennt; die im Falle der letzteren auftretenden, mehr von ihr selbst gewählten Wollustgedanken beschäftigten sich stets mit einem Geliebten. Es war auch jetzt wie in früherer Zeit das Wollustgefühl nicht gerade der Zweck ihres Stehlens oder wenigstens nicht ihr bewußt.

In ihren nächtlichen Träumen kommen sowohl Liebesszenen mit dem Geliebten vor, die sie geschlechtlich erregen, ohne daß es zum Erguß kommt, als auch, wenn auch seltener, Szenen, in denen sie beim Diebstahl überrascht wird, und dann geschah es auch einige Male, daß sie mit Orgasmus erwachte.

Nach ihrer Angabe ist das Wollustgefühl beim Koitus mit einem von ihr geliebten Manne schöner als das Gefühl, welches sie beim Diebstahl überkommt. Es ist noch, wie sie sagt, etwas anderer Natur, doch kann sie das Charakteristikum eines genauen Unterschiedes nicht angeben.

Das Auftreten jenes Spannungsgefühls, das ihren Stehltrieb auslöst, ist bei ihr nicht einer bestimmten Periode unterworfen, wie etwa ihre Menstruation; es ist auch unabhängig davon. Sie gab zwar einmal in der Anstalt Herzberge in neuerer Zeit an, sie habe ihre Menstruation verloren (recte), und nun habe man eine Gewähr dafür, daß sie auch nicht mehr stehlen werde; jedoch ist dies nur ein Versuch, eine Entlassung herbeizuführen, da ihr die Rückhaltung in der Anstalt auf die Dauer lästig geworden ist. Und auf diese Erklärung ist sie vermutlich erst durch Fragen meinerseits gekommen. So leugnet sie in der Anstalt auch hartnäckig zu onanieren, obgleich es beobachtet ist, wahrscheinlich weil sie nach Verlust der Menstruation den Anschein erwecken will, als habe sie keine geschlechtlichen Regungen mehr. Ob sie allerdings bei dieser Masturbation Orgasmus bekommt, ist nicht sicher. Sie selbst gibt an, daß sie früher bei Onanie z. B. durch Reibung der Genitalien an Kleidungsstücken des Geliebten, keinen Erguß bekommen habe.

Schreiten wir nun zur Beurteilung des Falles, so müssen wir uns zunächst vor Augen halten, daß die B. eine Degenerierte ist, und zwar eine, bei der mehrere Erscheinungsarten der Degeneration sich mischen. Die körperlichen Stigmata und ihr ganzes Wesen deuten auf die als Hysterie genugsam bekannte Neurose oder besser Psychose. Ihre Sensibilitätsstörungen und die leichte Hypnotisierbarkeit sind hysterischer Natur; hysterisch sind ferner der Stimmungswechsel,

die Neigung zu Übertreibungen, das Aufbauschen des eigenen Unglücks, das zeitweilige Diskrettun mit Dingen, die sie zu andern Zeiten rückhaltlos erzählt.

Auch schwere psychische Störungen, wie sie bei der Hysterie bei allen möglichen Anlässen auftreten können, finden wir bei ihr, Ohnmachtsanfälle, ekstatische Zustände usw.

Sehen wir in unserer Kranken ganz allgemein eine psychopathisch Degenerierte, so wird es weniger schwer fallen, ihre vielen, ich möchte sagen, von anderen Neurosen entlehnten Züge mit ihrem psychischen Bilde in Einklang zu bringen; so die epileptische Nuance ihres frommen Wesens und des Inhaltes ihrer Halluzinationen, die sie vorübergehend in Strafanstalten gehabt (vgl. ihre Erzählung von der Erscheinung der in den guten und bösen Haufen geteilten Menschheit, dann, daß sie sich selbst schweben sah, ein Banner mit frommer Inschrift in der Hand usw.); ferner das Verlaufen (vgl. Krankheitsgeschichte unter 16. 6. 05). Wollte man durchaus auf das Epileptische den größeren Wert legen, so könnte man ihre Stehlakte mit vorhergehender krankhaft veränderter Stimmungslage mit um so größerem Rechte als epileptische Äquivalente auffassen, als das Unabweisliche, das absolut Unterjochende, das Hereinbrechende mit seiner Unbekämpfbarkeit, eben dieses eigentlichste Charakteristikum der sonst so vielseitigen Epilepsie, auch in den Diebstählen der B. gesehen werden kann. Betreffs ihres Orgasmus müßte man dann an die unwillkürliche Urinentleerung und die seltener vorkommende Ejakulation im epileptischen Anfall denken. Die geringe quantitative Bewußtseinsbeeinträchtigung jedoch und das Stehlen in der Kindheit, vor dem keine entsprechende Verstimmmung auftrat, das auch nicht als Zwang gefühlt wurde, sprechen wenig für Epilepsie. Ehe wir nun bei unserer Kranken Hysteroepilepsie oder Hysterie nebst Epilepsie und dann vielleicht noch die Verquickung mit einer dritten selbständigen Psychose annehmen, deren Wesen ihre sexuellen Eigentümlichkeiten ausmachen, ist es wohl tatsächlich besser, wie vorhin schon gesagt, die Kranke ganz allgemein als Degenerierte, etwa im Sinne *Magnans*, aufzufassen, bei der die einzelnen Erscheinungen durchaus nicht einer schubfachartigen Klassifikation bedürfen.

Sowohl die schweren psychischen sexuellen Perversionen, die eventuell von vornherein bestehen, als auch leichtere Formen, z. B.

die Neigung zum Einschlagen einer falschen Richtung des Geschlechtstriebes im jugendlichen Alter und die gelegentlichen Entgleisungen aus Anlaß eines Erlebnisses mit sexueller Beimischung, also sozusagen mehr die Anfälligkeit in einer unfest konstituierten Sexualsphäre finden wir hauptsächlich bei den Degenerierten. So bedurfte es auch bei der B., die in der Jugend zunächst nur durch das unverbesserliche, sicher als krankhaft zu deutende Stehlen ihre abnorme psychische Konstitution manifestierte, bloß eines äußeren Anstoßes, nämlich jener Züchtigung auf das entblößte Gesäß, um die Keime ihrer ebenfalls krankhaften Sexualität deutlich werden zu lassen.

Ihr ununterdrückbares Stehlen nun müssen wir wohl als „Triebhandlung bei Degenerierten" auffassen. Sie stahl nicht, wie der Imbezille, dem die intellektuellen und ethischen Vorstellungen fehlen (außer vielleicht in der früheren Jugend der B.); sie stahl auch nicht im Dämmerzustande; sie stahl nicht wie der Fetischist, den der zu stehlende Gegenstand geschlechtlich reizt; auch nicht, um sexuelle Befriedigung zu bekommen aus der bloßen Erfahrung heraus, daß bei ihr beim Stehlakte Orgasmus eintritt; denn auf normalem Wege konnte sie sich volle geschlechtliche Befriedigung verschaffen (es hat ihr auch trotz ihres lupösen Leidens nicht an Liebhabern gefehlt); sie stahl ja triebartig auch schon zu einer Zeit, wo sie noch nicht Orgasmus bekam.

Ihr Stehlen deckt sich ferner nicht ganz mit dem Stehlen der „Warenhausdiebinnen". Nicht bei Gelegenheit des Besuches eines großen Kaufhauses stahl sie, das mit seinem bunten Getriebe die Stimmungslage alteriert, die Überlegung benimmt, dessen für einen Griff bereit liegende Auslagen charakterschwache, zumal hysterische Frauen faszinieren und ihre Grundsätze taumeln machen können. Seit der Zeit, wo sie erwachsen ist, stahl sie allerdings, falls sie nicht in einer Strafanstalt war, meistens in Läden; es war aber gewöhnlich so, daß nicht bei Gelegenheit eines Einkaufs sie unvermutet die Lust anwandelte, sich etwas anzueignen, sondern sie ging mit dem Willen zu stehlen hin. Warenhausdiebinnen wiederholen wohl auch den Gang ins Kaufhaus, trotz der Erkenntnis, wie gefährlich ihnen der Besuch eines solchen ist; bei langsamer Gewöhnung vielleicht mit der leichten Nebenabsicht oder der Erwartung oder zum mindesten

mit dem Bewußtsein eines erneuten Entgleisens. Bei Warenhausdiebinnen bleibt aber mehr das Milieu der Reiz, der Diebstahl ist eher etwas Sekundäres. Bei der B. liegt der Reiz im Akt des Stehlens selbst, e r ist die Hauptsache, Milieu und äußere Umstände bleiben eben Umstände. Bei jenen wird sich ferner vor der Tat wohl kaum ein so gewaltiger, ihre Gemütslage völlig alterierender, lange anhaltender und, je länger bekämpft, um so quälenderer Trieb, wie ihn die B. hatte, finden.

Der Stehltrieb der B. allein (d. h. abgesehen von der sexuellen Beimischung) ist in seiner Q u a l i t ä t ungefähr zu vergleichen mit dem Zwang eines in der Hypnose gegebenen Auftrages, der im darauffolgenden „normalen" Zustande ausgeführt wird (auf einen derartigen Vergleich macht *Moll* und vor ihm *Bentivegni* aufmerksam). Die I n t e n s i t ä t ihres Triebes aber ist viel größer. Sie hat ungefähr die Gewalt der unstillbaren Unruhe des chronischen Morphinisten in der Abstinenz, den es nirgends läßt, der an nichts mehr denken kann als an sein Idol, die Spritze, und der schließlich gar nicht mehr die A b s i c h t hat zu widerstehen. Die B e f r i e d i g u n g bei unserer Kranken nach einem Diebstahl entspricht hingegen wiederum eher dem Erleichterungsgefühl, das der hat, der einen in der Hypnose gegebenen Auftrag ausführt, nachdem ihm die Möglichkeit dazu geworden, und demjenigen des Neurasthenikers, der eine sogenannte Zwangshandlung nach fruchtlosem Kampfe begeht. Nur ist sie viel größer (da der Trieb größer war). Von der posthypnotischen und der neurasthenischen Zwangshandlung aber unterscheidet sich der Stehltrieb der B. h a u p t s ä c h l i c h dadurch, daß er mit mehr L u s t g e f ü h l gemischt ist; daher kommt es auch, daß sie Mittel sucht, die auf den Trieb folgende Befriedigung zu erhöhen. Dies Mittel ist bei ihr die Gefahr, die in der Schwierigkeit der Erlangung des Gegenstandes und ihren eventuellen Folgen liegt. Zwar liegt wohl immer in der Gefahr ein Reiz, zumal bei Gewohnheitsdieben (*Moll* erinnert an Wilddiebe und Schmuggler); bei der B. aber kann das um so weniger verwundern, als wir sehen, daß seit der Zeit, wo sie beim Stehlen Orgasmus bekommt, unbewußt ihre algolagnische Neigung auftaucht, die mit ihrem Jugenderlebnis und später mit dem Gefühl bei der Ohrfeige nach einem Diebstahl in Einklang steht. Nachdem das Gefühl der Erleichterung nach der triebartigen Handlung sozu-

sagen auf die Sexualsphäre zu irradiieren sich gewöhnt hatte, übertragen sich, ihr unbewußt, die Eigentümlichkeiten ihrer geschlechtlichen Neigung auf den Stehltrieb.

Und rückwirkend mischte sich nun in die gemütliche Verstimmung vor dem Diebstahl das stark betonte, an positiven Faktoren reichere Gefühl der unruhigen Erwartung, das sich mit dem schwer zu beschreibenden Unruhegefühl der Lusterwartung vor einem Koitus vergleichen läßt (siehe die Äußerung: „Es ist wie geschlechtliche Lust").

Fasse ich unsere vorstehenden Betrachtungen noch einmal zusammen, so möchte ich als Versuch einer psychologischen Erklärung des Wesens der B. folgendes annehmen.

Die B. ist eine Degenerierte, die hysterische und epileptische Nuancen aufweist, vor allem aber an Stehltrieb leidet, im Sinne der Triebhandlungen bei den Entarteten *Magnans*.

Ferner besteht bei der B., ebenfalls auf degenerativer Grundlage eine krankhafte Bildung der Sexualität, die sich in der Jugend von der masochistischen Seite zeigte, und die allmählich, der Kranken nicht deutlich bewußt, in starker Unterströmung imstande war, der gemütlichen Verstimmung vor der Triebhandlung einen sexuellen Beiklang zu geben, ihr, was Kraft und Reiz angeht, den Stempel der vom Geschlechtstrieb entnommenen Eigentümlichkeit aufzudrücken, und die später darin stark hervortritt, daß das Befriedigungsgefühl nach der Triebhandlung auf die Sexualsphäre sozusagen irradiiert und hier Orgasmus auslöst.

Da aber bei der dunklen masochistischen Veranlagung der B. Orgasmus erst recht bei der auf den Stehlakt folgenden Szene einzutreten vermochte, so fesselten der Vorgang des Diebstahls und seine Folgen die Phantasie für die Zukunft so, daß die gemütliche Verstimmung vor der Triebhandlung bei ihr durch derartige Vorstellungen sich im Sinne einer Algolagnie färbten.

Der algolagnischen Richtung blieb sich die Kranke kaum bewußt; so konnte ein normaler Geschlechtstrieb und ein normales Geschlechtsleben nebenher bestehen und seine selbständige Rolle spielen, ohne sich je mit der Stehlneigung zu berühren oder gar, wie der algolagnische Trieb, mit ihr völlig zu verschmelzen.

Die leichteren Defekte der formalen Intelligenz der B. glaubte ich bei der Besprechung übergehen zu können. Zum Teile mögen sie sich sekundär infolge der dauernden Internierung in den letzten Jahrzehnten bei ihr herausgebildet haben. Man vergesse auch nicht, daß die B. schwerhörig ist, und bei Verminderung der höheren akustischen Reize durch die Sprache mag sich die Begünstigung einer allgemeinen geistigen Einschränkung schon ergeben. Andere formale Intelligenzdefekte, die bei der B. vielleicht von vornherein bestehen, sind ebenfalls von geringerer Bedeutung. Störungen dieser Art finden sich meistens bei Degenerierten, gewöhnlich allerdings in so geringem Grade, daß in ihnen nicht der Hauptgrund für ihre verkehrten Lebensbetätigungen erblickt werden darf. So war die Feststellung eines Intelligenzdefektes in diesem Falle auch bei der forensischen Beurteilung ohne größeren Belang. Es mußte schon der einwandfreie Nachweis ihrer Stehlsucht als krankhafter Triebhandlung genügen, die auf die Dauer die Bekämpfbarkeit ausschloß.

Über die Art des Zustandekommens des Wollustgefühls bei der B. möchte ich mir noch einige erläuternde Bemerkungen gestatten. Weil ein direkterer, für die B. selber deutlicher sexueller Zusammenhang zwischen Orgasmus und Stehlakt fehlt, so habe ich von der wollüstigen Entladung als von einer Irradiation des Erleichterungsgefühls gesprochen. Der Zusammenhang zwischen Stehlakt und Geschlechtstrieb ist bei der B. bei weitem indirekter als bei den meisten Fällen, die z. B. *Ellis* anführt. Sein sog. erotischer Symbolismus würde voraussetzen, daß der Zusammenhang des geschlechtlichen Reizes mit dem Diebstahl assoziativ fester und bewußter ist. Ich möchte das Stehlen der B. sozusagen nicht als ein reines Äquivalent einer normalen geschlechtlichen Befriedigung ansehen. Vielmehr meine ich, ihre bekanntermaßen krankhaft konstituierte Sexualität schafft die Möglichkeit, daß ein starkes Gefühl (hier also das der tiefen Genugtuung nach einer Triebhandlung) nach der kranken, leicht ansprechbaren Sexualsphäre als einem locus minoris resistentiae abfließt; somit ist also nicht dieses starke Gefühl an sich schon das von der B. aus dem Geschlechtstrieb heraus gesuchte Surrogat für eine geschlechtliche Befriedigung. Die geschlechtliche Befriedigung bei Befriedigung einer Triebhandlung ganz anderen Motives ist bei ihr mehr nur ein Akzidens.

Das Irradiieren eines starken Gefühls auf die Sexualsphäre kommt unter Umständen ja auch im gewöhnlichen Leben vor und bringt bei Psychopathen mehr oder weniger absurde Erscheinungen hervor. *Ellis* erinnert an jene trauernde Witwe am Grabe, die sehr bald verliebt in die Arme der Schildwache sank; ferner führt er einen Fall an, bei dem ein Mann im heftigen Zorn fast regelmäßig eine Ejakulation bekam. *Ellis* rechnet allerdings auch diese Fälle zum erotischen Symbolismus.

Bekannt sind Vorkommnisse, wo bei heftigen Gemütsbewegungen Erektionen, eventuell Ejakulationen eintraten; so bei unruhiger Erwartung, bei Verlegenheit, sogar beim Gefühle der Scham, also gerade bei unangenehmen Gefühlen. Ich möchte auch an den Fall erinnern, den *Moll* (Libido sexualis, Bd. I, Fall 33) mitteilt: „Es waren im Schulzimmer Rechenaufgaben zu lösen; im letzten Moment vor dem Einsammeln der Hefte wollte X. noch etwas verbessern, in qua occasione eo modo X. excitatus est, ut ejaculationem seminis haberet". So ist es z. B. auch in der Not des Abiturientenexamens, ja sogar während des heiligen Abendmahles bei einigen Leuten nicht nur zur Erektion, sondern auch zur Ejakulation gekommen, ohne daß sich zwischen dem jene Vorgänge sonst begleitenden starken Gefühl und einer sexuellen Vorstellung eine, wenn auch noch so entfernte assoziative Verbindung finden ließ. Wollte man annehmen, daß hier irgend ein organischer Faktor, z. B. die stärkere Blutfüllung der Beckenorgane oder eine Friktion an den Kleidern im Spiele sei, so könnte dieser doch auch nur den Weg geebnet haben zu einer wirklichen Irradiation.

Einen Fall, der mir noch erwähnenswert erscheint, zumal da es sich bei ihm auch um einen „Diebstahl" handelt, möchte ich aus meinem Bekanntenkreise anführen. Ein jetzt ca. 30jähriger Kollege bekam im Alter von 12—13 Jahren eines Tages Lust, seinem Vater eine Zigarette aus der Schachtel zu entwenden. Nachdem er einige Zeit dagegen angekämpft, ergriff er in einem günstigen Moment eine Zigarette und lief damit aus der Stube und bemerkte, daß er in dem Moment, wo er die Zigarette in Sicherheit hatte, eine Erektion bekam. Onaniert will er damals nicht haben, doch empfand er das Gefühl des Scheuerns seines Gliedes am Beinkleid angenehm. Bald darauf stahl er wieder eine Zigarette, diesmal mit der Nebenabsicht, eine Erektion herbeizuführen, was jedoch nicht gelang. Längere Zeit aber, nachdem er nicht mehr daran gedacht, bekam er einmal bei einem erneuten Griff in die Zigarettenschachtel des

Vaters eine Erektion. Abgesehen von eingestandenermaßen etwas leichter Erregbarkeit der Sexualsphäre besteht sonst in diesem Falle keine Abweichung von der Norm.

Ganz offenbar handelt es sich auch hier um eine Irradiation der allgemeinen Aufgeregtheit auf organisch-sexuelle Funktion; auch hier findet eine sexuelle Erregung statt, ohne daß bei diesem Vorgange der Umweg über die Vorstellungsreihe gemacht wird; keine erotischen Vorstellungen gingen der Erektion voraus, nicht einmal entfernt (und wenn auch noch so entfernt) verknüpft waren damit Gedanken an irgend welche sexuellen Vorgänge. Die Erektion trat auf, wie z. B. bei manchen anderen Fällen Urindrang oder Urinlassen durch heftige Gemütsbewegungen (Schreck, Furcht, Scham, Freude, Ergriffenheit usw.) veranlaßt wird. Setzt jedoch Urinlassen bei heftigen Gemütsbewegungen eine abnorme Reizbarkeit der entsprechenden Zentren voraus, damit sie bei dem Allgemeingefühl angesprochen werden können, so ermöglicht eine leichte Ansprechbarkeit in der Sexualsphäre auch das Abfließen eines starken Allgemeingefühls auf die geschlechtlichen Zentren.

Die allgemeine Aufregung bei jenem (sit venia verbo) normalen Diebstahl war für den Knaben heftig genug, um auf ein Zentrum zu irradiieren, das mit den Vorgängen des Diebstahls in keiner Weise assoziativ verbunden war. Als Erwachsener hat jener Herr auch bei Gemütsbewegungen aus anderen Anlässen, wie es vielleicht in die Breite des Normalen gehört, hier oder da eine Erektion bekommen.

Dahingegen versichert die B., deren Sexualität doch augenfällig abnorm ist, daß sie, abgesehen von normalen geschlechtlichen Regungen und von der Züchtigung aufs Gesäß als Kind und jener Ohrfeige nach einem Diebstahl, nur bei ihren Diebstählen resp. eventuell deren Vorstellung wollüstig erregt worden sei. Andere heftige Gemütsbewegungen sollen diese Wirkung nie gehabt haben.

Es könnte dies auffallen. Allein es liegt vielleicht gerade darin ein Zeichen der stärkeren Störung im Sexualleben der B., daß bei ihr das Wollustgefühl, einmal verknüpft mit der Aufregung und dem Erleichterungsgefühl beim Diebstahl, immer nur bei dem nämlichen Anlaß auftritt und später, zumal, nachdem der gleiche Anlaß ihr körperliche und psychische Pein verursacht, sich damit fast wie organisch verbunden zeigt.

Beim Überblicken des psychischen Entwicklungsganges der B. bekommt man doch wohl den Eindruck, daß dieser einfache Fall von Diebstahl im so und sovielten strafverschärfenden Rückfalle ein recht kompliziertes Gebilde darstellt. Seine schwer zu entwirrenden Fäden aber führten bei weiterem Nachgehen in gerader Linie auf einen bestimmten Punkt, dessen Auffindung zur vollen Bewertung der Persönlichkeit absolut notwendig war.

Der bloße Nachweis einer Fülle von psychopathischen Merkmalen, die sich sozusagen im Querschnitt darbieten, würde nicht genügen. Ähnlich steht es sicher bei vielen Degenerierten dieser Art.

Vom psychopathologischen Standpunkte aus wird man aber wissen, daß, sobald ein deutliches psychisches Stigma der Degeneration nachgewiesen ist, man es stets mit einer in der Totalität abnormen Persönlichkeit zu tun hat.

Die Beurteilung einer forensischen Vollwertigkeit mag immerhin auf einem anderen Blatte stehen. Denn da wird es auch in der Zukunft, so scheint es, nur Gradunterschiede als Maßstab geben können.

Stets aber wird zur Festlegung der Grenzen derselben für die Meinungsbildung des Richters in Fällen, die der Subjektivität so ganz ausgeliefert sind, das Gutachten des sachverständigen Psychiaters notwendig sein. Sonst muß es notgedrungen so kommen wie in unserem Falle: die B. hat Jahrzehnte in Strafanstalten zugebracht, sie ist nie psychiatrisch begutachtet worden, niemandem fiel etwas auf. Und daß es schließlich doch zu einer Begutachtung kam, ist eigentlich nur einem Zufalle zu danken.

Intelligenzprüfungen bei Epileptischen und Normalen mit der Witzmethode.

Von

Rudolf Ganter, Arzt in Wormditt.

Zur Intelligenzprüfung hat bereits eine Reihe von Methoden Verwendung gefunden, so die Fabelmethode von *Moeller*, die Sprüchwörtermethode von *Finckh* [1]), die Ergänzungsmethode von *Ebbinghaus*. *Henneberg*, *Neisser*, *Reich* u. a. benutzten Bilder [2]). Schon diese verschiedenen Versuche beweisen, daß es kein Spezifikum für die Intelligenzprüfung gibt. Die Intelligenz ist eben ein zusammengesetztes Gebilde, dem man von verschiedenen Seiten aus beizukommen strebt. Entscheidend bei der Wahl der Methode ist einmal diese selbst, dann die Art der Kranken, die man untersuchen will, endlich das Ziel, das man im Auge hat.

Bei der Untersuchung der Kranken steht natürlich die immer bisher geübte Exploration, das Ausfragen obenan. Welche Methode man nun auch wählen mag, sie dienen alle nur zur Ergänzung und Vertiefung der durch die Exploration gewonnenen Resultate.

Mir kam es bei meinen Untersuchungen darauf an, eine Methode zu verwenden, die sich besonders für vergleichende Untersuchungen eignet. Dazu ist nötig, daß die Methode einfach und kurz ist, und dementsprechend die Antwort ebenfalls. Je weniger gefragt zu werden braucht, desto weniger wird suggeriert. Und je weniger den Kranken

[1]) Finckh, zur Frage der Intelligenzprüfung. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1906. B. 27, S. 945.

[2]) Verhandlungen des psychiatrischen Vereins zu Berlin. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. 1907. B. 64, S. 400. Vergl. auch Rieger, Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung. Würzburg 1889.

Gelegenheit gegeben wird zu quatschen und herumzuschwatzen, um so leichter können sie sich ausdrücken, und um so eindeutiger wird die Antwort. Das kommt der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit der Resultate zugute.

Diesen Anforderungen genügt nach meiner Ansicht am besten die Witzmethode. Ich habe mir darum aus den „Fliegenden Blättern" (1906) fünf passende Witze ausgesucht, davon zwei ohne Bilder und drei mit Bildern. Sie sind sehr einfach, ihre Lösung erfordert keinerlei Kenntnisse oder Erfahrungen, nur die Kunst des Lesens wird vorausgesetzt. Daß die Witze in der Tat dem Bildungsniveau der Kranken und einfacher Leute mit Volksschulbildung angepaßt sind, geht schon daraus hervor, daß jeder Witz seine Lösung gefunden hat. Allen Untersuchten wurden dieselben fünf Witze vorgelegt.

Welche Fähigkeit wird nun eigentlich durch das Aufgeben von Witzen geprüft? Die Assoziationen vollziehen sich nach vier Gesetzen, dem der Gleichzeitigkeit, der Aufeinanderfolge, der Ähnlichkeit und des Gegensatzes. Auf den beiden letzteren Gesetzen beruht der Witz. Durch den Witz werden Vorstellungen wachgerufen, die entweder nur eine entfernte Ähnlichkeit miteinander haben, oder solche, die in einem scheinbaren Gegensatz zueinander stehen. Die versteckte Ähnlichkeit, den entfernten Gegensatz aus der Summe der angeregten Assoziationen herauszufinden, ist Sache des kritischen Verstandes. Es handelt sich hier also schon um eine kompliziertere geistige Tätigkeit, um die Auffassungsgabe. Da diese Fähigkeit im geistigen Leben des Menschen eine ausschlaggebende Rolle spielt und zur Beurteilung seiner psychischen Kräfte überhaupt verwendet wird, so dürfen wir ruhig behaupten, daß es sich bei unseren Untersuchungen um die Prüfung der Intelligenz handelt, obgleich nicht alle ihre Komponenten geprüft worden sind.

Bei der Untersuchung wurde so verfahren, daß ich dem Prüfling sagte, daß es sich hier um die Lösung eines Witzes handele, er möge den Witz aufmerksam durchlesen und dann erklären, was er daran Witziges finde, was ihm besonders auffallend und merkwürdig vorkäme. Die Antwort wurde stenographiert. Fragen stellte ich keine, oder doch nur ganz vereinzelt, wenn ich noch einen besonderen Zweck verfolgen wollte. Maßgebend war aber auch hier nur die erste Antwort. Ferner verriet ich nie, ob eine Lösung richtig war oder nicht,

um damit einer gegenseitigen Beeinflussung der Kranken möglichst vorzubeugen.

Was nun die Art der geprüften Kranken anbetrifft, so handelt es sich um Epileptische der hiesigen Epileptikerheilstätte. Die Anstalt verpflegt gegenwärtig 94 männliche und 84 weibliche Kranke, die alle möglichen Grade und Übergänge der Psychopathologie bieten, vom scheinbar normalen bis hart an die Grenze des ausgesprochen geisteskranken Zustandes. Nach Abzug der Kinder, der Polen, der ganz Schwach- und der Blödsinnigen verblieben 20 Männer und 17 Frauen, die sich zur Prüfung eigneten. Man kann aber leicht zu falschen Schlußfolgerungen kommen, wenn man keine Kontrollprüfungen an Gesunden anstellt. Darum habe ich auch sechs Pfleger und sechs Dienstmädchen in derselben Weise geprüft.

Es folgen die Witze:

I. Im Eifer. Richter: „Es wird Ihnen zur Last gelegt, daß Sie bei der Rauferei dem Kläger das linke Ohr zur Hälfte abgebissen haben!" Angeklagter: „Das dürfen S' ja nicht glauben, Herr Richter! Der Hias ist ein schlechter Mensch — das hat er sich g'wiß selber ab'bissen!"

II. Ein Muster. (Bild: Ein Student liegt, eine lange Pfeife rauchend, zu Bette. Unter das Kopfkissen hat er, zur bequemeren Lagerung, eine Anzahl Bücher gesteckt). Onkel: „Studiert denn mein Neffe fleißig?" Wirtin: „O, das will ich glauben. Sogar ins Bett nimmt er die Bücher mit!"

III. Die schmutzige Stiege. (Bild: Ein Herr geht die Treppe hinauf. Eine Frau unten ruft ihm nach. Im Hintergrund einige Kinder). Hausmeisterin: „Schuh' abputzen!" Fremder: „Warten Sie nur, bis ich wieder herunter komme!"

IV. Süffels Klage. (Bild: Ein Student sitzt am Tisch und trinkt Bier). „Jetzt soll gar eine Bierverteuerung kommen! Schrecklich! Das Bier wird noch so teuer werden, daß schließlich kein Mensch mehr studieren kann!"

V. Im Zorn. Schneider: „Jetzt ist der Kerl über alle Berge, ohne mir den Anzug bezahlt zu haben. Wenn ich das gewußt hätte, hätte ich zwanzig Mark mehr gerechnet!"

Von den 100 Antworten der männlichen Kranken waren 21% richtig und 79% falsch, von den 85 Antworten der weiblichen Kranken waren 10,6% richtig und 89,4% falsch, von den 30 Antworten der Pfleger waren 50% richtig, von den 30 Antworten der Dienstmädchen waren 20% richtig und 80% falsch. Die größte Zahl der Lösungen fällt also auf die Pfleger, dann folgen die männlichen Kranken und

die Dienstmädchen, die sich fast gleich stehen, zuletzt kommen die weiblichen Kranken.

Niemand, weder von den Kranken noch von den Gesunden, löste alle fünf Witze zusammen. Von denen, die wenigstens einen Witz herausbrachten, betrug das Verhältnis der gelösten zu den nicht gelösten Witzen:

Bei den männlichen Kranken:

+ : —	
4 : 1	bei einem Kranken.
3 : 2	„ zwei „
2 : 3	„ drei „
1 : 4	„ fünf „

Bei den weiblichen Kranken:

+ : —	
4 : 1	bei einer Kranken.
2 : 3	„ „ „
1 : 4	„ drei „

Bei den Pflegern:

+ : —	
4 : 1	bei einem Pfleger.
3 : 2	„ zwei Pflegern.
2 : 3	„ „ „
1 : 4	„ einem Pfleger.

Bei den Dienstmädchen:

+ : —	
3 : 2	bei einem Dienstmädchen.
2 : 3	„ „ „
1 : 4	„ „ „

Was die Verhältniszahlen der gelösten zu den ungelösten Witzen bei den einzelnen Individuen betrifft, so ist der Unterschied bei den Pflegern und den männlichen Kranken nicht sehr groß, am schlechtesten kommen die Dienstmädchen weg.

Es mag nun weiter die Frage untersucht werden, ob unter den Witzen solche sind, die mit Vorliebe gelöst wurden. Als Vergleichsmaterial dienen natürlich nur die Antworten derjenigen Prüflinge, die wenigstens einen Witz herausbrachten. Es wurden also

Bei den männlichen Kranken:

W.		
I	3 mal gelöst,	7 mal nicht.
II	3 „ „	7 „ „
III	3 „ „	7 „ „
IV	4 „ „	6 „ „
V	7 „ „	3 „ „

Bei den weiblichen Kranken:

W.		
I	2 mal gelöst,	3 mal nicht.
II	2 „ „	3 „ „
III	1 „ „	4 „ „
IV	1 „ „	4 „ „
V	3 „ „	2 „ „

Bei den Pflegern:

W.		
I	4 mal gelöst,	2 mal nicht.
II	2 „ „	4 „ „
III	3 „ „	3 „ „
IV	2 „ „	4 „ „
V	4 „ „	2 „ „

Bei den Dienstmädchen:

W.		
I	1 mal gelöst,	2 mal nicht.
II	1 „ „	2 „ „
III	1 „ „	2 „ „
IV	1 „ „	2 „ „
V	2 „ „	1 „ „

Witz V scheint sich demnach einer gewissen Bevorzugung zu erfreuen. Bei den übrigen Witzen besteht kaum ein nennenswerter Unterschied. Auch die illustrierten Witze erfreuen sich keiner häufigeren Lösung als die andern. Man hätte wohl das Gegenteil erwarten dürfen.

Im folgenden soll eine kurze Charakterisierung der Kranken, was Erblichkeit, Alter, Krankheitsbeginn, Erfolg des Schulbesuchs und Zahl der Anfälle im letzten Halbjahr (Januar—Juni 1907) betrifft, gegeben und diesen Daten die Zahl der von den einzelnen Kranken gelösten Witze gegenübergestellt werden.

Männliche Kranke:

1. Kr. + 4, — 1:[1]) Mutter epileptisch und schwachsinnig. 19 Jahre alt, Schule mit gutem Erfolg. Seit 4 Jahren Anfälle, früher alle 8—14 Tage, später seltener. 1.[2]) Düster, langsam, ziemlich schlaff, arbeitet.

2. Re. + 3, — 2: Vater epileptisch. 34 Jahre alt, Schule mit Erfolg. Seit 6 Jahren Anfälle, 27 (137). Still und ruhig, hat in der Anstalt die Buchbinderei erlernt.

3. Le. + 3, — 2: Vater an Tuberkulose gestorben. 30 Jahre alt, Lehrer, Orgelbauer, Buchbinder. Seit 16 Jahren Anfälle, alle 1—2 Monat ein Anfall. Rechthaberisch, selbstbewußt, geschickt bei den Arbeiten. Hat manche Züge, die einen gewissen Schwachsinn nicht verkennen lassen.

4. Schn. + 2, — 3: Schwester des Vaters epileptisch. 30 Jahre alt. Seit dem 2. Jahre Anfälle. In der Schule schwach, vergeßlich. 13 (62). Zeitweise nörgelnd, mißmutig, arbeitet.

5. Sk. + 2, — 3: 44 Jahre alt. Seit 5 Jahren Anfälle, 4 (91). Früher Bahnarbeiter, ruhig, fleißig.

6. Ni. + 2, — 3: Vater epileptisch. 47 Jahre alt. Seit 17 Jahren Anfälle. Schule mit gutem Erfolg.

7. Ar. + 1, — 4: 27 Jahre alt. Seit 8 Jahren Anfälle, 1906 zwei, letztes Halbjahr zwei Anfälle. Tischler.

8. Ki. + 1, — 4: 33 Jahre alt. Seit 21 Jahren Anfälle. Schule mit mäßigem Erfolg. Alle 1—2 Monat ein Anfall. Schuster, fleißig, leicht beeinflußbar, geistig ziemlich geschwächt.

9. Schz. + 1, — 4: siehe unten S. 971.

10. Kos. + 1, — 4: 56 Jahre alt. Seit 11 Jahren Anfälle. Trunksucht, vielleicht auch Trauma. 3 (5). Fleißig, geistig geschwächt.

11. Ba. + 1, — 4: Vater epileptisch. 27 Jahre alt. Seit Kindheit Anfälle. Schule mit ziemlich gutem Erfolg. 5 (28). Fleißig.

12. Gl. 0: 26 Jahre alt, Siebenmonatskind, schwächlich. Seit Kindheit Anfälle. Schule mit befriedigendem Erfolg. 40 (7). Schwachsinnig, arbeitet.

13. Pa. 0: Vater Potator. 17 Jahre alt. Seit 9 Jahren Anfälle. Mäßiger Schulerfolg. 3 (55). Schwachsinnig, arbeitet.

---

[1]) + gelöst, — nicht gelöst.

[2]) Zahl der Anfälle Januar bis Juni 1907, ( ) Zahl der Schwindelanfälle.

14. Kp. 0: 20 Jahre alt. Seit 9 Jahren Anfälle. Schulerfolg gering, schwer von Begriffen. 34. Geistig geschwächt, redet albern, arbeitet.

15. Ho. 0: 25 Jahre alt. Seit Kindheit Anfälle. Schulerfolg gering. 10 (3). Schlaff, geistig geschwächt, arbeitet.

16. Ko. 0: 16 Jahre alt. Seit 4 Jahren Anfälle. Schulerfolg ausreichend. 5. Schlaff, kann nicht einmal Aufgaben von Schulkindern lösen, arbeitet.

17. Ren. 0: 19 Jahre alt. Seit Kindheit Anfälle. Schule mit Erfolg. 22 (26). Schwachsinnig, redet albern, arbeitet.

18. Kw. 0: Bruder des Vaters epileptisch. 26 Jahre alt. Seit 13 Jahren Anfälle, alle 3—4 Wochen, mehrmals hintereinander.

19. Reh. siehe unten S. 971 bis 972.

20. Eh. siehe unten S. 972.

Weibliche Kranke.

1. Ba. + 4, — 1: Vater Potator. 24 Jahre alt. Seit 7 Jahren Anfälle. 8 (74). Arbeitet fleißig, geschickt.

2. Wö. + 2, — 3: 26 Jahre alt. Seit 13 Jahren Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 10 (31). Geschickte Näherin.

3. Am. + 1. — 4: 38 Jahre alt. Seit 17 Jahren Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 10 (31). Geistig etwas geschwächt, arbeitet fleißig.

4. Ni. + 1, — 4: 29 Jahre alt. Seit dem 3. Lebensjahre vereinzelte Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 15 (47). Verständig, fleißig.

5. Sch. + 1, — 4: 30 Jahre alt. Seit 18 Jahren Anfälle. 4 (28). Etwas schlaff, etwas geistig geschwächt, arbeitet.

6. St. 0: 23 Jahre alt. Seit 5 Jahren Anfälle. Schule mit mäßigem Erfolg. 8 (4). Arbeitet.

7. Ma. 0: 32 Jahre alt. Seit 26 Jahren Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 20 (107). Arbeitet.

8. Gr. 0: 26 Jahre alt. Seit 11 Jahren Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 11 (72). Etwas schwachsinnig, arbeitet.

9. We. 0: 43 Jahre alt. Seit 24 Jahren Anfälle. Schule mit mäßigem Erfolg. 11 (17). Arbeitet.

10. Si. 0: Vater Potator. 25 Jahre alt. Seit 19 Jahren Anfälle. Schule mit Erfolg. 15. Etwas schlaff, arbeitet.

11. Ja. 0: 39 Jahre alt. Seit 31 Jahren Anfälle. Schule mit geringem Erfolg. 28 (15). Geistig geschwächt, arbeitet.

12. Mi. 0: 27 Jahre alt. Seit 20 Jahren Anfälle. Schule mit geringem Erfolg. 43. Schwer von Begriffen.

13. Fi. 0: Eine Schwester epileptisch, 38 Jahre alt. Seit 23 Jahren Anfälle. Besuchte die höhere Töchterschule. 10 (233). Macht Handarbeiten.

14. Me. 0: 33 Jahre alt. Seit 16 Jahren Anfälle. Schule mit Erfolg. 5 (28). Geistig geschwächt, fleißig.
15. Str. 0: Siehe unten S. 970 bis 971.
16. Je. 0: Siehe unten S. 973.
17. Weg. 0: Siehe unten S. 973 bis 974.

Im allgemeinen kann man aus diesen Zusammenstellungen ersehen, daß, was ja auch mit der täglichen Erfahrung übereinstimmt, diejenigen Kranken geistig am leistungsfähigsten sind, d. h. hier die meisten Lösungen lieferten, bei denen die Anfälle erst in späteren Jahren aufgetreten sind, und die die Schule mit zum Teil gutem Erfolg besucht haben. Ungünstiger stehen die Kranken, die in der Schule nur schlecht fortkamen, mögen sich die Anfälle auch erst später eingestellt haben. Bei den Frauen ist man, wenn einem nur die tägliche Beobachtung zu Gebote steht, vielfach im Zweifel, ob sie ihrer geistigen Leistungsfähigkeit nach noch in die Breite des Gesunden gehören, oder schon in das Gebiet des Schwachsinnes hineinreichen. Die Prüfung mit den Witzen entscheidet wohl richtig für den Schwachsinn. Auch da wird die Diagnose eher nach dem Schwachsinn hinneigen, wo nur ein Witz gelöst wurde. Manchmal bieten sich Überraschungen, insofern man Lösungen erhielt, wo man sie nach dem Verhalten des Kranken nicht erwartete (der Kranke 1,4 und die Kranke 3′, 5′)[1]) oder umgekehrt (von dem Kranken 3 und 7 hätte mehr erwartet werden können, ebenso von der Kranken 10′, 13′).

Mit der Berechnung der gelösten und ungelösten Witze ist es nicht allein getan. Mindestens ebenso wichtig wie diese ist die Frage, wie beschaffen ist die Antwort des Kranken, wie reagiert er auf seine Aufgabe. Erst die Beantwortung dieser Frage gibt uns einen tieferen Einblick in das geistige Leben der Untersuchten, ermöglicht ein besseres Urteil und zeigt, wo die Defekte sitzen. Darum möge nun die Protokollierung, Rubrizierung und Analysierung der Antworten der Kranken gegeben werden.

a) Die Pointe wird nicht ganz getroffen.

ad III Wenn er erst nach oben geht, dann sind sie schon so rein. 1.
„ Er macht sich die Schuhe erst auf der Treppe rein. 2′.

---

1) Die Zahlen weisen auf die Nummern der oben aufgezählten Kranken, die ohne Strich auf die der männlichen, die mit Strich auf die der weiblichen Kranken.

ad IV Die Hauptsache ist ihnen das Biertrinken, wenn das teurer wird, so studiert niemand mehr. 3.

„ Er fürchtet, daß er ohne Bier nicht studieren kann. 2'.

ad II Er kann ja dabei schlafen. 6.

b) Die Pointe wird falsch lokalisiert.

ad III Der Fremde glaubt, daß die Treppe schon schmutzig ist, daß er's lassen will, bis er wieder herunter kommt. 2.

„ Die Stiege wird niemals reingemacht, er braucht sie sich nicht rein machen, erst wenn er fortgehen wird. 10'.

Beide Kranken legen den Nachdruck auf die schmutzige Treppe. So könnte ja der Sinn auch sein, allein der Witz geht dadurch verloren.

c) Die Pointe wird verfehlt.

ad I Vor dem Gericht kommt es vor, daß sie sich entschuldigen und anders aussagen. 4'.

„ Das ist eine Beleidigung für den Angeklagten. Wenn man einem etwas nachredet, was er nicht getan hat, so ist das eine Beleidigung. 2'.

„ Es ist schlecht von ihm, daß er gesagt hat, er habe sich das Ohr selbst abgebissen, einer muß den andern beleidigt haben. 11.

ad IV Der Student ist zu sehr der Trunksucht anheimgegeben. Das Bier soll teurer werden, weil sie so viel trinken. 13'.

„ Der denkt doch wohl, nur die Studenten könnten Bier trinken. 1'.

„ Dann kann er nicht mehr so viel trinken, wie früher. Dann hat er kein Geld mehr, ums Bier zu bezahlen. Er trinkt sehr viel, darum klagt er darüber. 10'.

ad V Wenn er nur den Anzug bezahlt hätte. Wenn er ihm mehr gebe, würde der Schneider denken, je mehr Geld, desto besser ist es. 7.

„ Er hat es doch bloß im Zorn gesagt. Er hat nicht richtig gehandelt, auch der nicht. 5'.

„ Der arme Mann hatte nicht so viel Geld, um den Schneider zu bezahlen. 14.

„ Wenn er das gewußt hätte, hätte er ihm vielleicht den Anzug gar nicht gemacht. 8.

„ Er hätte sich mehr gewünscht. Jetzt muß er auch zufrieden sein. 3'.

ad II Die Wirtin kann recht haben. Wenn er die Bücher mit ins Bett nimmt, dann wird er auch fleißig studieren. 8.

ad IV Weil er so viel trinken will. 13.

„ Die studieren, trinken so viel Bier. Billiger wird es nicht werden. 10.

Die Antworten haben einen Sinn, allein die Assoziationen sind nur oberflächlich gebildet, der Kernpunkt wird nicht getroffen, das Witzige geht darum verloren.

d) Die Pointe wird verfehlt. Assoziation mit der persönlichen Erfahrung.

ad III Man muß sich die Schuhe vorher reinmachen. 5, 8, 7, 11, 15, 6'.

ad IV Das Bier muß er vorher bezahlen, ehe er trinkt. 5.

„ Wenn er zu viel getrunken hat, dann kann er nicht mehr studieren. 6.

„ Bierverteuerung, d. h. daß sie nicht so viel trinken sollen, von der Trinkerei passieren Schlägereien. 11.

„ Das Bier macht einem den Kopf schwer. 4'.

ad II Er kann sie nicht mitnehmen, was soll er mit den Büchern im Bett. 5.

„ Er ist schon so überstudiert, daß er die Bücher mit ins Bett nimmt. Ich habe früher die Bücher auch ins Bett genommen. 13'.

„ Die Bücher hat er unter dem Kopfkissen, da muß er draufliegen. 5'.

„ Wenn er die Bücher unter dem Kopfkissen hat, studiert er besser. 16.

„ Das gefällt ihm, ins Bett zu liegen und zu lesen und dazu Pfeife zu rauchen. 13.

In diesen Antworten tritt die Assoziation mit Erfahrungen, die der Prüfling selbst gemacht hat, deutlich hervor. Das sieht man am besten am ersten Beispiel, wo die Antwort von sechs Kranken übereinstimmend lautet: Man muß sich die Schuhe vorher reinmachen. Diese Reinlichkeitsregel haben die Leute wohl von früher her eingeprägt bekommen, und sie wird ihnen auch in der Anstalt recht oft zu Gemüte geführt. Ähnlich liegt es bei Witz II. Man kann sich durch Unterschieben von Gegenständen unter das Kopfkissen so leicht ein bequemes Lager herstellen. Der etwas schwachsinnige Kranke Pa. (13) bemerkte, es gefalle ihm, im Bette zu liegen, eine Äußerung, die er sehr häufig im Munde führt, wenn ein anderer Kranker zu Bette bleibt. Der Kranke Ba. (11) hat früher gern eins getrunken, und darum assoziiert er auch Trinkerei — Schlägerei. Ähnlich ist es mit den übrigen Antworten.

e) Assoziation mit einem auffälligen Merkmal im Bilde.

ad II Er nimmt sie ins Bett mit der Pfeife. 10.

„ Er kann auch ohne die Pfeife studieren. — Es schadet nichts, wenn er auch mit der Pfeife studiert. 7.

„ Der raucht die Pfeife. Die Wirtin sagte, er nimmt die Bücher mit ins Bett, aber er hat die Pfeife im Munde. 11.

ad II Er hat die Pfeife ins Bett genommen. 6'.
„ Er legt sich die Bücher unters Kopfkissen. 4'.

Es handelt sich also nur um W. II, in dessen Bilde die lange Pfeife die Aufmerksamkeit gefangen nimmt. Nur in der letzten Antwort sind es die Bücher. Die betreffende Kranke trifft scheinbar das Richtige, aber als näher gefragt wurde, zeigte es sich, daß sie den Witz nicht verstanden hatte, sondern daß die Bücher ihr nur besonders aufgefallen waren.

f) Abschweifen in die Breite.

ad IV Wenn er zuviel getrunken hat, dann kann er nicht mehr studieren. Also muß das Bier teurer werden, damit er nicht mehr so viel trinken kann. Wenn er besoffen ist, dann ist er außer Verstande. Gerade wie wenn ich betrunken wäre, dann kann ich den Hobel nicht mehr halten. 6.

ad V Das Rechnen hätte ihm auch nichts genützt. Mir gibt kein Handwerker was, wenn ich ihn nicht bezahle. Wenn ich jemand einen Sarg mache, und die Leute gehen weg, bekomme ich auch nichts. Warum läßt er sich so betrügen? Der Mann war dumm, daß er ihn ihm gegeben hat. Wenn ich mir einen Anzug machen lassen will, muß ich Handgeld bezahlen. Ein Schneider würde dumm sein, wenn er jedem, den er nicht kennt, einen Anzug machen würde. 6.

ad IV Wenn das Bier teurer wird, studieren sie nicht mehr. — Da sind die jungen Kerls immer beisammen, und die wollen immer etwas haben unter sich. So viel wie früher studieren nicht mehr. Wie mein Bruder von Braunsberg kam, da war immer gleich ein ganz Teil dabei. 9.

In diesen Antworten ist die breite Erörterung auffallend, aber trotz der weitläufigen Umkreisungen verlieren die Kranken den Faden nicht ganz. Die Lösung von V ist sogar richtig.

g) Erklärung mit denselben Worten.

ad III Sie soll warten, bis er wieder herunterkommt. 10. 7'.

Dasselbe gilt für die Kranken Kp. 14 betr. IV, Kw. 18 betr. I—V, Schz. 9 betr. IV, Ma. 7' betr. V, Gr. 8' betr. I—V, Mi. 12' betr. IV, Me. 14, betr. IV und V, Si. 10' betr. I, II und V.

h) Ungenaue Auffassung.

ad II Der Onkel nimmt die Bücher mit ins Bett und liest. 16.

ad III Sie soll noch ein Weilchen warten, bis er herunterkommt, jetzt hat er keine Zeit. 13'.

„ Dann hat er sich die Schuhe schon vorher abgeputzt, ehe er heraufkam. 16.

ad III Sie wichst dem Herrn die Stiefel[1]. 9'.
„ Der Mann sagt zur Frau, sie soll die Schuhe putzen. 12'.
„ Er hat gesagt, warten Sie nur. Das darf doch keiner sagen, warten Sie nur. 5'.
„ Die Frau soll warten, bis er die Schuhe abgezogen hat. Sie soll sie putzen. 13.
„ Die Frau hat nicht gleich Zeit gehabt. Der ist heruntergekommen, und die Frau hat ihm die Schuhe geputzt. 14'.
„ Wer weiß, wie lange er da oben bleibt. Da könnte sie viel versäumen, bis er wieder herunterkommt. 4'.

Während bei g) die Witze noch mit denselben Worten erklärt werden, wird hier etwas behauptet, was gar nicht dasteht. So meinen die Kranken, die Frau soll die Schuhe putzen, das „Warten Sie nur" wird als Drohung aufgefaßt, der „Onkel" nimmt die Bücher mit ins Bett und „liest". Mit diesem Abschnitt machen sich bereits die ersten Symptome des Schwachsinns bemerklich, die in den folgenden Abschnitten immer mehr hervortreten werden.

Symptome des Schwachsinns.

i) Reine Wort- oder Bildassoziation.

ad I Der Richter wollte mit dem andern Spaß machen. 13'.
„ Er hat seinen Spaß gemacht. 7'.
„ Da ist nichts Schlechtes dabei. 5'.
ad V Das war ein Durchgänger. Der hat beizeiten Reißaus genommen. 9.
„ Wenn er es wert ist. Ein neuer kostet mehr als ein alter. 9'.
„ Weil es so ein strammer Anzug war. 13.
ad II Das ist schon der Großvater. 9.
„ Der Großvater. 12'.
„ Dann muß es ein Kranker sein, oder was. Er liegt ja im Bett und raucht Pfeife. 9'.
ad III Die Kinder sollten der Mutter putzen helfen. 14.

Die ersten drei Antworten sind Wortassoziationen. Die Kranken 13' und 7' assoziierten auf meine Aufforderung, mir zu erklären, was das für ein „Witz" sei, mit „Spaß", die Kranke 5' auf die Frage „was ist denn dabei?" mit „nichts Schlechtes dabei". Die Kranken 9, 9' und 13 assoziierten auf ein einzelnes Wort des Textes: Der Durchgänger, der Reißaus nimmt, ein neuer Anzug kostet mehr, ein strammer Anzug. Es sind mehr oder weniger nur Umschreibungen. Bei den Kranken 9, 12'

---

[1] Die Kranke fühlte ihre psychische Unzulänglichkeit, denn sie setzte hinzu: Von der Krankheit ist der Verstand schon ganz verdreht im Kopf.

und 9′ erweckte der zu Bette liegende Student die Vorstellung „Großvater" und „Kranker".

k) Assoziationen, die keinen Sinn und Zusammenhang mehr haben.

ad I Er hat doch nur das linke Ohr, das rechte hat er doch gar nicht. 4.
„ Dann hat er wohl Hunger gehabt. 6.
„ Er hat sich wahrscheinlich das ganze Ohr abgenommen. 16.
ad III Der Mann glaubt nicht, daß er die Treppe schmutzig macht. Die Hauptsache ist ihm das Abputzen der Stiefel. 3.
„ Weil er sie schon angezogen hat. 12.
ad IV Dann wurde das Bier teurer. 16.
„ Die, welche so viel trinken, studieren besser. 7′.
„ Wir kriegen ja hier keins. 9′.
„ Studieren was ins Bier kommt. 4.
„ Dann konnte er ihm den Anzug nicht machen, weil er ... weil er ihm zu wenig gegeben hat für den Anzug. 16.

In diesen Äußerungen sind bereits die ersten Anzeichen des „Wortsalates" zu erkennen.

l) Leichte Bestimmbarkeit und Unachtsamkeit.

ad II Er kann auch ohne Pfeife studieren. Es schadet nichts, wenn er auch mit der Pfeife studiert. 7.

Dieser Kranke Ur. zeigt auch in seinem sonstigen Verhalten etwas Unschlüssiges, Schwankendes, leicht von kleinen Umständen Beeinflußbares. Wenn man dies vielleicht auch noch in das physiologische Gebiet rechnen könnte, so ist bei dem Kranken Ki. 8 die schwachsinnige Wankelmütigkeit deutlich ausgeprägt, Jede Miene, jedes „so" brachte ihn sofort von der eben ausgesprochenen Ansicht ab: unschlüssig, wie er immer ist. Er gehört auch zu den Kranken, die mit der ernstesten Miene die absurden Gedanken wiederholen und als Erklärung geben:

ad I Es kann möglich sein, daß er es selbst getan hat. Es ist doch kaum möglich, daß es der Richter getan hat. 8.
„ „ Der Mensch hat es sich selbst abgebissen. 10.
„ „ Was soll ich erklären? Solche Bücher habe ich nicht gelesen. Er macht sich selbst schlecht, es muß ein schlechter Mensch sein, wenn er sich die Ohren abbeißt. 9′.

Die Unachtsamkeit, die ja hier ein Symptom der mangelnden Auffassungsfähigkeit ist, zeigte sich bei manchen Kranken darin, daß sie übers Ziel hinauslasen, so lange, bis ihnen Halt geboten wurde, so die Kranken Ren. 17, Me. 14′, Je. 16′, Gr. 8′, Am. 3′.

m) Echolalie.

ad I (liest weiter). — (Was ist da dabei?) Der Richter ist dabei. 17.

n) Kleben am Worte.

ad III Das ist die Meisterin. Die soll warten, bis er wieder herunterkommt. 17.

ad IV Der soll warten, daß das Bier teurer wird. 17.

ad V Der Schneider sollte warten, bis der Kerl kommt und ihm den Anzug bezahlt. 17.

ad I Ich habe doch nichts Schlechtes gemacht in meiner Heimat. 11'.

ad II So was habe ich auch nicht gemacht in meiner Heimat. 11'.

ad III Solche Geschichte habe ich auch nicht gemacht. 11'.

ad IV So auch nicht. 11'.

ad V Auch so nicht. Das habe ich nicht gemacht. 11'.

ad III Die Frau hat nicht gleich Zeit gehabt. Der ist heruntergekommen, und die Frau hat ihm die Schuhe geputzt. 14'.

ad IV (Erklärt mit denselben Worten.) Die Leute verdienen so wenig, vielleicht weil so schlechtes Wetter ist. 14'.

ad V Die Frau hat gesagt, wenn sie das gewußt hätte, hätte sie 20 M. mehr Geld gegeben. 14'.

o) Fabulieren.

ad II Wenn er schlafen geht, wird er die Bücher doch nicht mitnehmen. Da müßte er auch eine Lampe haben, oder hat er Angst, daß ihm einer die Bücher fortnimmt? 10.

ad V Der Schneider ist manchmal sehr teuer und manchmal sehr billig. Manche Schneider, die nicht viel haben, die nehmen mehr Geld für das Machen. 20.

ad III Die Meisterin hat noch nicht Zeit. Sie muß erst irgendwo hingehen. 3'.

ad IV Die ist auf dem Lande nötig. Da ist das Bier knapp, und wer nicht viel Geld hat, kann sich keins kaufen. 3'.

„ „ Die Leute verdienen so wenig, vielleicht weil so schlechtes Wetter ist. 14'.

ad V Er hat wahrscheinlich nicht so viel Geld gehabt. Dem Schneider tut es leid, daß er ihn gemacht hat. Wenn er gewußt hätte, daß er ihn nicht bezahlt, hätte er 20 M. mehr gerechnet. 13'.

ad I Wie er hat geschlafen, da hat ihm einer das Ohr abgebissen. Selbst konnte er das nicht machen. Wenn er dumm wäre, so würde er das vielleicht machen, das Ohr abbeißen. Wenn er Verstand gehabt hat, wird er sich das nicht tun. 15.

ad II Er wollte lernen, da hat er sich alles versteckt ins Bett und wird es niemand geben. 15.

ad IV Wenn er Durst hat und viel Geld, so wird er sich Bier kaufen. Ein Arbeiter wird sich nicht Bier kaufen. 15.

ad V Jetzt hat er mehr zu bezahlen. Wenn der Schneider gewußt hätte, daß er mehr bezahlen würde. — Der Schneider war nicht zu Hause, und der kam da zum Bezahlen, und der Schneider hatte es schon berechnet. Wenn er gewußt hätte, daß er noch mehr geben würde, so würde er das fordern. 15.

Ein besonders gutes Beispiel des Fabulierens gibt die Kranke Stro. 15', deren Krankengeschichte unten folgt:

ad I Der Hias ist ein schlechter Mensch. Er hat vielleicht dem andern mit dem Finger oder einem Steinchen ins Trommelfell gestoßen, so daß es geplatzt ist und dem Gehirn dabei geschadet hat. Oder der schlechte Mensch hat ihn vielleicht bei einer Zänkerei am Kopf gerissen oder ihn hingeworfen oder ihn geschlagen, und dabei kann es ihm schlecht geworden sein.

ad II Wenn er viel Lust hat zu schlafen, hat er wenig Lust zu studieren. Und wenn er die Bücher unter den Kopf nimmt, ist es kein eifriger Student. Und rauchen, das tun die alten Großväter und nicht die jungen Herren. Er muß sich ein Pincenez aufsetzen. (Warum das?) Damit er besser lernen kann, das ist gut für die Augen, das stärkt die Augen.

ad III Die Hausmeisterin sagt zu dem Fremden: Die Schuhe abputzen. Er ist vielleicht in Logis. Der Fremde wollte sich die Schuhe nicht abputzen lassen, er meint jedenfalls, sie seien rein, oder er will sie sich erst später reinigen lassen, wenn er herunterkommt.

ad IV Dieser Herr, das ist jedenfalls ein Wirt, der meint, daß das Bier teurer wird. Er hat vielleicht Bier zu verkaufen und glaubt, daß die jungen Herren kein Bier mehr trinken. Oder es ist ein Student, der bange ist, daß es teurer wird. Er hat mehr bange für das Bier, als für das Lernen. Er möchte sich lieber mehr Bier kaufen.

ad V Wenn der Kerl weg ist — oder ich will lieber sagen Herr — jetzt denkt der Schneider, hätte er ihn früher teurer gerechnet, hätte er mehr Vorteil gehabt, vielleicht mehr Zinsen gehabt. Der Schneider glaubt, er wird ihn vielleicht allmählich bezahlen. Der Herr wird noch einmal wiederkommen und wird ihn dann bezahlen. So glaubt er. Oder er denkt vielleicht, er hat noch etwas in seinem Heim zurückgelassen, wobei er sich etwas könnte zugute kommen lassen. Das ist noch eine zweifelhafte Frage.

Die Kranke ist 30 Jahre alt, verheiratet. Ein Kind früh gestorben, das andere idiotisch. Schule mit gutem Erfolg, soll meist die erste gewesen sein. Als Kind eigensinnig. Erster Anfall im 12. Lebensjahr, drei

Jahre Pause, vierteljährliche Pausen, die immer kürzer wurden. 1902 und 1903 in Irrenanstalten behandelt. Im letzten Halbjahr 27 (11) Anfälle. Patientin gibt über ihre Verhältnisse gut und sicher Auskunft. Zeitweise wie geistesabwesend, vergißt anscheinend einen ihr gegebenen Auftrag alsbald wieder oder führt ihn verkehrt aus. Sie hat etwas geziert Zimperliches, Überschwängliches in ihrem Wesen, wie aus den betreffenden Stellen oben hervorgeht: Sie spricht gern von „jungen Herren", redet kokett von „Pincenez", entschuldigt verschämt das Wort „Kerl" und gebraucht dafür „Herr". Sie entschuldigt sich auch sonst oft wegen allerlei Lappalien und bittet um Verzeihung, wenn sie beleidigt hätte. Das hindert sie aber nicht, wenn sie gereizt ist und glaubt, die andern machten „Redereien und Sticheleien" über sie, ganz massive Ausdrücke zu gebrauchen. Auf das Symptom des Fabulierens bei ihr hat erst diese spezielle Untersuchung geführt.

p) Paranoische Symptome.

Schz. 9.

ad I. Es ist dieselbe Geschichte, wie mit meiner. Dem Schneider S. seiner, das war auch einer, er wollte es auf sich nehmen. Was er damals sagte, das glaubte ich auch noch. Von seinem Vater hat er nicht mal Abschied genommen. (Lesen Sie noch einmal laut). Das ist eben auch so. Wie die Kleegeschichte los ging, machte er sich in die Welt. Hat er nun geschrieben? Ist vom Gericht was gekommen?

Diese Antwort stammt von dem Kranken Schz. 9. Dieser ist 38 Jahre alt, hat Anfälle seit 10 Jahren. 23 (24). Zeitweise nörgelnd, eigensinnig, besser wissend. Manchmal Sensationen: Im ganzen Körper sei es anders; es sei, wie wenn ihn einer mit Nadeln steche. Der Urin habe einen erbärmlichen Geruch. Das Essen habe nicht den richtigen Geschmack. — P. hat bis zum letzten Jahr häufig mit dem Gericht zu schaffen gehabt wegen falscher Vermögensangabe und Meineides. Darum ruft das Wort Richter sofort die Erinnerung an seine Ereignisse wach, und er findet, daß das dieselbe Geschichte sei wie die seinige. Was er aber erzählt, sind Bruchstücke, ohne inneren Zusammenhang. Über alltägliche Dinge gibt er sonst richtige Auskunft, bald aber verwirren sich im Gespräch seine Gedanken. In einem Briefe nach Hause schreibt er: „Großes Kopfzerbrechen und Blödsinn herrscht bei mir. Wie gerne möchte ich mal, aber nicht wo mit einem B. oder mit einem K. Unterhaltung zu machen. Nein, lieber Vater, herzlich mit Ihnen. Aber o menschlich gegenseitig in die Augen zu sehen und u. s. w." Der Kranke löste übrigens W. III richtig.

Reh. 19.

ad II Wenn ich bei der Arbeit bin und mache meine Arbeit nicht gut, daß ich dann ins Bett komme.
(Das hat das Bild zu bedeuten?) Ja.

(Wo sind die Bücher?) Unter dem Kopfkissen.
(Warum?) Daß er mal zum Zeitvertreib lesen kann.
(Ist das ein fleißiger Student?) Nein.
(Warum nicht?) Weil er immer zu Bette liegt und nicht arbeitet.

ad IV Das bedeutet, daß der Mensch sich den Kopf zerbrechen soll, daß er dann zum Arbeiten keine Lust mehr hat.

Der Kranke ist 19 Jahre alt, seit der Kindheit Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 8 (53). Er arbeitet fleißig, ist aber zeitweise verstimmt und widerspenstig, muß dann zu Bette bleiben. Darum deutet er jetzt das Bild nach sich um. Er hat auch sonst noch Eigenbeziehungen und macht Umdeutungen, so z. B., daß die Pfleger es besonders auf ihn abgesehen hätten, daß man ihm absichtlich eine Wichsschachtel zugesteckt habe, auf der die Anfangsbuchstaben seines Namens stünden.

Eh. 20.

ad I Was die erzählen, ist nicht wahr. Was wir erzählen, das ist Wahrheit. Die Pfleger sind keine guten Menschen, das sind schlechte Menschen. Die nehmen alles fort. Da soll man gestohlen haben.

ad II Ich bin lieber zur Arbeit, das im Bette liegen gefällt mir nicht. Im Bette liegt man vor Faulheit. Zu Hause bin ich lieber zur Arbeit gegangen. Mit meiner Krankheit ist es jetzt nichts mehr. Mir ist jetzt viel besser zu Mute.

ad III Wenn der Sonntag vorbei ist, muß man die Schuhe reinmachen. Ich mache meine Schuhe immer rein. (Erzählt dann, daß ihm die Schuhe zu klein seien, möchte ein Paar neue haben).

ad IV Das Bier ist nicht teuer. Eine Flasche Bier, wie sie sie hier trinken, kostet 8 Pf. Für 50 Pf. bekommt man 6 Flaschen Bier und 2 Pf. zurück. Zu Hause habe ich auch immer so geholt.

Der Eh. ist 20 Jahre alt. Seit 5 Jahren Anfälle. Schule mit gutem Erfolg. 11 (64). Hat zeitweise Erregungszustände, selten vorübergehend Gesichts- und Gehörstäuschungen. Bezieht Worte und Handlungen der Umgebung auf sich, bringt tagtäglich zahlreiche Anklagen gegen Pfleger und Kranke vor. Die Eigenbeziehung tritt besonders im ersten Beispiel deutlich hervor. E. assoziiert offenbar auf: „Das dürfen Sie ja nicht glauben, Herr Richter“ mit: „Was die erzählen, ist nicht wahr“, wobei er alles nur auf sich bezieht. Auch in den übrigen Beispielen modelt er alles nach sich um.

Am 3'.

ad I Er hat falsch angeklagt und Menschen verleumdet. Aber selbst hat er es sich doch nicht können abbeißen. Darum hat er falsch angeklagt.

Obgleich die Kranke eine richtige Lösung gibt, scheint sie das Witzige doch nicht herauszufühlen, sie legt den Hauptnachdruck auf das falsch Anklagen. Auch sie bezieht, besonders wenn sie erregt ist, Worte und Handlungen anderer auf sich, und wenn sie dann zu Bette bleiben muß, beschwert sie sich darüber, daß sie falsch angeklagt und verleumdet worden sei.

Je. 16′.

ad I Wenn es zur Hälfte abgebissen ist, dann ist es noch zu ertragen. Dann kann man es mit Geduld tragen, man kann dann immer noch zum Guten zurückkehren. Man soll alles mit Geduld tragen. Ich will alles dem lieben Gott zuliebe tun, wie froh bin ich, daß ich abends mein Gebet verrichten kann usw. usw.

ad II (Liest weiter). Ich möchte dann auch gerne abends, wenn ich ins Bett gehe, möchte ich auch gern mein Gebetbuch ins Bett nehmen, aber die Schwester verschließt es in den Schrank. Ich bete dann noch, daß ich keine schlechten Gedanken bekomme usw. usw.

ad III Ich will immer recht gern die Zeit abwarten, der liebe Gott, daß der liebe Gott uns helfen wird. Nach Schlechtem wird Gutes kommen. Schön und gut m a c h e n, dann kann man sich auch eins l a c h e n. Ich bin immer zufrieden, wenn sie auch auf mich schimpfen usw.

ad IV Wenn wir sollten Bier trinken, dann wird einer betrunken, dann weiß er nicht, was gut ist oder schlecht usw.

ad V Hätte er 20 Mk. mehr gerechnet. Wenn es arme Leute waren, möchte es besser sein, noch etwas abzulassen. Das möchte eine große Sünde sein, mehr zu nehmen, wenn sie doch arm sind.

Die Kranke ist 36 Jahre alt. Vater Potator. Seit Kindheit Anf. Schule mit geringem Erfolg. 20 (6). Zeitweise erregt, Eigenbeziehungen. In ihren Antworten deutet sie alles ins religiöse Gebiet um. Sie ist schon ziemlich geistig geschwächt und bewegt sich mit Vorliebe auf religiösem Gebiet. Die Assoziationen knüpfen an irgend ein Wort oder Bild an und reihen sich dann, mehr oder weniger lose, aneinander, so wie gewöhnlich. Man beachte die Reimerei machen — lachen.

Weg, 17′.

ad I Ich habe doch früher gedacht, der Herr Dr. soll der hl. Aloysius sein, und nachher wurde gesagt, das sei Aberglaube. Und dann bin ich wohl angeklagt, daß ich ein schlechter Mensch bin, daß ich vom Herrn Dr. angeklagt würde. Ich denke, daß sie mir das linke Ohr zur Hälfte abgebissen haben. — Wenn ich so gedacht habe, Richter, das ist der

liebe Gott, wenn die Zeit wird kommen, wo ich muß vor das höchste Gericht.

ad II Im Bett sind auch die Bücher. Mein je, was ich jetzt glaube. — Er hat die Bücher, wie wenn er sie schon gelesen hätte, das ist wie vorm Tod: Jesus dir lebe ich, Jesus dir sterbe ich, in deine Hände befehle ich meinen Geist. — Zu Hause kam mir der Gedanke, da war ich zu Bette, da habe ich das auch gesagt: O Jesus, dir lebe ich usw.

ad III Wenn ich sollte sagen, wenn ich die Hausmeisterin wäre, wenn es der Herr wäre, und ich würde so zu ihm sagen, mein je! Wenn der Herr Dr. sollte oben sein, und ich die Schuhe abgeputzt habe, mein je!

ad IV Ach je, das kommt, als wenn keiner mehr weiß, was er sagt. Zu Hause habe ich auch Bier getrunken, aber keinen Schnaps. — Nein, das ist unglaublich, was ich habe gedacht. Ich denke, daß es so kommt, wie es da steht.

ad V Kerl, das ist so einer, als ob er ein männlicher ist. — Wenn ich das gewußt hätte, wenn der Schneider das eher gewußt hätte. — Früher zu Hause, als der kranke Bruder noch lebte, dachte ich, er würde noch lange leben. (Das steht aber doch nicht da.) Als ich zu Hause war in einem Dienst, der Herr war Anwalt und jüdisch, ich war das Kindermädchen, der schrieb auch so, wie der Herr Doktor schreibt.

Die Kranke ist 25 Jahre alt, Vater Potator. Seit 15 Jahren Anfälle. 4 (57). Überschwängliches Wesen, hysterische Züge, an die Bühne gemahnende Gesten und Augenaufschläge, vielfach religiöse Vorstellungen. Äußert die Wahnidee, der Arzt sei der hl. Aloysius, ein anderer Arzt der liebe Gott, seine Frau die Jungfrau Maria. Das Wort angeklagt erinnert sie daran, daß sie angeklagt sei, weil sie glaube, der Arzt sei der hl. Aloysius. Im übrigen verwebt sie alles mit den Vorstellungen, die sie mit Vorliebe hegt und äußert.

Zuletzt habe ich noch einige Kranke zu prüfen versucht, die, wenn sie auch noch ganz einfache, mechanische Arbeiten verrichten, so doch eine geistig erheblichere Schwächung zeigen. Sie lasen wohl, was ihnen vorgelegt wurde, lasen, soweit man sie lesen ließ, verstanden aber durchaus nicht, was man von ihnen verlangte. Als ich ihnen sagte, sie könnten noch gut lesen, zogen sie befriedigt von dannen.

Das Bild wäre unvollständig, ja würde vielfach in die Irre führen, würden wir nicht auch die Antworten der Gesunden analysieren.

α) Antworten der Pfleger.

a) Die Pointe wird nicht ganz getroffen.

ad V Ich kann nicht 20 Mk. nehmen, wenn er nicht da ist (W.).

c) Die Pointe wird verfehlt.

ad IV Beim Bier studiert er doch nicht, er studiert doch in den Büchern (M.).
„ „ Daß man nicht studieren kann beim Bier (M.).
„ „ Er hat beim Studieren das Bier geliebt. Darum hat er Angst, daß es teurer wird (Ro.).
ad II Er kann im Bett nicht studieren (W.).
„ „ Er studiert gut (Ro.).
ad V Er hätte sollen besser aufpassen. Er ist zu nachsichtig gewesen dabei. (Ro.).

d) Die Pointe wird verfehlt. Assoziation mit der persönlichen Erfahrung.

ad III Er hätte sie zuvor sollen abputzen. (Sch.).
„ „ Das ist frech gesagt, warum macht er's denn nicht gleich. (Ru.).
„ „ Er ist eigentlich etwas dreist gewesen, frech. (Ro.).
ad II Der will am liebsten liegen bleiben. (Ru.).
ad I Der zweite ist betrunken gewesen. Der andere wird sich das Ohr doch nicht selbst abbeißen. (Ru.).
ad IV Wenn er nicht studieren kann, dann ist er angetrunken. (Ru.).

Die Pfleger Sch., Ru. und Ro. geben dieselben Antworten wie die sechs unter der betr. Rubrik erwähnten Kranken. Sie assoziieren also sofort auch auf die ihnen geläufige Erfahrung, daß man die Schuhe zuvor abputzen müsse. Ru. und Ro. legen dabei den Ton noch auf die Frechheit. Der Pfl. Ru. assoziiert einmal wie der Kranke Pa. 13. Er denkt wohl an Kranke, die manchmal auch ohne ersichtlichen Grund im Bette liegen bleiben. Außerdem assoziiert er auf I und IV mit betrunken und angetrunken, das verständlich wird, wenn man weiß, daß ihn sein früherer Beruf häufig mit dem Wirtshaus in Berührung brachte. Und auch jetzt noch ist er kein Verächter eines guten Tropfens.

k) Assoziationen, die keinen Sinn und Zusammenhang mehr haben.

ad I Die Ohren hören beide gleich, ob es ein rechtes ist oder ein linkes. (Pu.).
ad II Er hat die Bücher unter dem Kopfkissen. Damit, denkt er, kriegt er's besser in den Kopf hinein. (Pu.).

Der Pfleger hat übrigens drei Witze richtig gelöst. Die Analyse dieser unsinnigen Antworten folgt weiter unten.

β) Antworten der Dienstmädchen.

a) Die Pointe wird nicht ganz getroffen.

ad IV Wegen des Bieres studiert doch kein Mensch (Ba.).
„ „ Sie sollen kein Bier trinken. (Ka.).
„ „ Er meint, daß er das Geld muß fürs Bier ausgeben, und dann reicht's nicht zum Studieren. (Aw.).

c) Die Pointe wird verfehlt.

ad II Dann vergißt er nicht, was er gelernt hat. (A.).

ad IV Er wird ja wohl noch einmal wiederkommen, um den Anzug zu bezahlen. (A.).

Die A. meint also auch, wie die Kranke Str. 15', daß er noch einmal wiederkommen werde.

Am Schlusse der Versuche angelangt, möchte ich noch bemerken, daß ich auch Prüfungen mit „Druckfehlerteufeln" angestellt habe, z. B. mit diesem:

Druckfehlerteufel. Unter ungeheuren Anstrengungen gelang es ihm endlich, seine Gläubiger zu zählen.

Aber niemand merkte den Druckfehler, trotzdem der verdruckte Buchstabe fett gedruckt ist, geschweige denn den durch den Druckfehler zum Ausdruck gebrachten Sarkasmus.

Vergleichen wir zuletzt in einer kurzen Übersicht die Antworten der Gesunden mit denen der Kranken, so sehen wir, daß die Rubriken:

a) Die Pointe wird nicht ganz getroffen.
c) Die Pointe wird verfehlt.
d) Die Pointe wird verfehlt. Assoziation mit der persönlichen Erfahrung.
k) Assoziationen, die keinen Sinn und Zusammenhang mehr haben.

sich sowohl bei den Gesunden, wie bei den Kranken finden. Das ist ja nicht weiter auffallend. Verwunderlich ist nur, daß die Rubrik k) auch bei den Gesunden vertreten ist. Es handelt sich hier allein um den Pfleger Pu. Der ist in seinem Dienste anstellig und durchaus nicht unintelligent. Auch von den Kranken sind unter dieser Rubrik solche vertreten, von denen man es nicht erwartet hätte. Diese Erscheinung beruht offenbar, wie wir es von der Schule her wissen, darauf, daß der Gefragte das Gefühl hat, etwas sagen zu müssen, und nicht weiß, was. In dieser Not geraten die Gedanken noch mehr durcheinander, es tritt eine leichte Verwirrtheit, eine Art Amentia ein und der Gefragte produziert „den höheren Blödsinn", den reinsten „Wortsalat". Im übrigen gilt das, was oben von den Kranken gesagt wurde, auch von den Gesunden. Diejenigen, die man ihrer Dienstleistung nach und aus dem täglichen Umgang für die intelligenteren hält, haben auch die meisten Witze gelöst. Nur der Pfleger M. schlägt

uns ein Schnippchen. Der hat unter den Pflegern den Rekord im Witzelösen (4 : 1) erreicht, und trotzdem steht er an Intelligenz den übrigen nach und ist sehr unpraktisch bei seinen Arbeiten. Wenn man sich nicht mit dem Zufall oder der Redensart, daß manchmal auch ein blindes Huhn ein Körnlein findet, zufrieden geben will, so könnte man auch erwägen, ob der Pfleger nicht zu jenen erreglichen Naturen gehört, die, wenn sie in Ruhe über etwas nachdenken können, lange nicht so dumm sind, wie sie nach ihrem Gehaben im täglichen Leben zu sein scheinen. Vielleicht verdunkelt auch die Unbeholfenheit der täglichen Praxis das bißchen Intelligenz allzusehr. Der Pfleger Ro. löste nur einen Witz. Er ist aber einer der anstelligsten Pfleger. Man mag sich da an die Einteilung erinnern, daß es intelligente und praktische, intelligente und unpraktische, unintelligente und praktische Menschen gibt. Mancher Gelehrte würde, ins praktische Leben gestellt, eine hilflose Figur machen, wie es so schön die Professorenwitze veranschaulichen. Es fehlt ihm nicht an Intelligenz, wohl aber an Bauernschlauheit. Umgekehrt, ich erinnere mich von der Schule her, daß auf die Kreuz- und Querfragen eines Professors, des einzigen, der dadurch die Schüler in das Verständnis der alten Schriftsteller einführen wollte, nur zwei oder drei Schüler Antwort gaben, die übrigen aber sich meist hartnäckig ausschwiegen. Trotzdem füllen wohl auch diese nunmehr ihr Pöstchen im bürgerlichen Leben zur allgemeinen Zufriedenheit aus.

Gegenüber den Pflegern schneiden die Dienstmädchen schlecht ab. Drei von ihnen gaben überhaupt keine Antwort. Mag man der Schüchternheit etwas zugute halten, so stimmt doch dieser Befund mit der allgemeinen Erfahrung überein, daß das weibliche Geschlecht — ich will mich vorsichtig ausdrücken — bis jetzt noch nicht die volle psychische und physische Leistungsfähigkeit des männlichen erreicht hat.

Manche Kranken sind nicht so schwachsinnig, wofür man sie nach der täglichen Erfahrung etwa halten würde. Bei Epileptischen spielt das Affektleben und der Egoismus eine außerordentliche Rolle, viel mehr als beim Gesunden. Wenn man einem Kranken etwas, was ihn persönlich angeht, auseinandersetzen, vielleicht ihm das Gegenteil von der Richtigkeit seiner Ansichten beweisen will, so nützen die klarsten Beweise nichts, während er selbst auf die fadenscheinigsten

Gründe pocht: Er ist eben absolut unbelehrbar. Der pathologisch gesteigerte Affekt unterdrückt das Quentchen Intelligenz gar vollends.

Man beruft sich bei den Intelligenzprüfungen viel auf die Übungsfähigkeit, indem man geltend macht, daß es den Leuten an der nötigen Vorbildung und geistigen Beweglichkeit fehle. Für manche Untersuchungsarten mag das zutreffen. Für unsere Verhältnisse ist das nicht von Bedeutung, indem Gesunde und Kranke unter den gleichen Bedingungen standen. Jede noch so kleine Fähigkeit wird natürlich durch Übung gesteigert, so geht's auch mit dem Witzelösen, Rätsellösen u. dergl., aber in unsern Fällen braucht ja das gar nicht in Rechnung gezogen zu werden. Wie wir gesehen haben, stellen die „Druckfehlerteufel" schwierigere Aufgaben dar. Da mag die durch Lektüre oder größere Lebenserfahrung erworbene Gewandtheit und Raschheit der Auffassung fehlen. Darum löste sie auch niemand.

Die Möglichkeit der Lösung eines Witzes beruht wohl zunächst auf der Lebendigkeit, mit der sich die entsprechende Situation im Vorstellungsleben widerspiegelt. Wenigstens wußte man schon von vornherein, daß der, welcher erst krampfhaft in den Worten herumsuchte, sicher die Lösung nicht finden würde. Das war besonders bei schwachsinnigen Kranken zu beobachten.

Während die Rubriken a), c), d), k) bei Kranken und Gesunden vertreten sind, sind die übrigen Rubriken den Kranken eigentümlich. Damit soll allerdings nicht gesagt sein, daß sich die Rubriken e), f) u. g) (Assoziation mit einem auffallenden Merkmal, Abschweifen in die Breite, Erklärung mit denselben Worten) nicht auch bei Gesunden finden könnten, während die folgenden Rubriken das immer deutlicher werdende Auftreten des Schwachsinns zeigen. Indessen ist klar, daß sich nirgends eine strenge Grenze ziehen läßt. Bald finden sich Antworten der Kranken in einer höheren Rubrik, bald stehen die Antworten derselben Kranken in einer tieferen. Ja manchmal kann man zweifeln, ob eine Antwort gerade in diese Rubrik gehöre und nicht vielmehr in jene. Kurz, die Übergänge sind überall fließend. Je näher wir aber der letzten Rubrik kommen, um so eindeutiger werden die Antworten, und mit der letzten Rubrik überschreiten wir die Grenze des im engern Sinne psychiatrischen Gebietes. Es fallen uns hier vor allem die stark ausgeprägten Eigenbeziehungen, die Umdeutungen, das Unzusammenhängende in der Darstellung,

die Wahnideen auf. Besonders die Eigenbeziehungen sind allen den betreffenden Kranken gemeinsam. Mit diesen mag die Paranoia zuerst einsetzen. Diese Symptome hat erst diese spezielle Untersuchung hervortreten lassen, indem sie zeigte, wie die Kranken nicht mehr imstande sind, selbst fernab liegende Dinge objektiv zu würdigen, sondern alles in die Enge ihres pathologischen Gesichtskreises hineinzwängen. Ihre geistige Störung ist darum auch viel größer, als es die gewöhnliche Untersuchung erweisen könnte. Nur bei einer Kranken (We. 17') tritt eine ausgesprochene Wahnidee auf. Diese ist allerdings sehr dürftig und die gleiche geblieben seit den drei Jahren, wo ich die Kranke kenne. Ich vermute auch, daß es bei diesen initialen paranoischen Symptomen bleiben wird. Sie werden voraussichtlich mehr oder weniger verblassen und dem einfachen geistigen Verfall Platz machen.

So hat uns die Witzmethode zu dem einen oder anderen statistisch und psychologisch interessanten Datum verholfen und uns ein kleines Bild der psychopathologischen Erscheinungen der gewöhnlichen Epilepsie verschafft.

Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher.[1])

Beschreibung und Bewährung des „festen Hauses“ in Neustadt i. Holst.

Von

Dr. *F. Kroemer*, 1. Hilfsarzt.

Schon vor mehr als 50 Jahren ist auch in Deutschland die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher erwogen worden. England und Nordamerika besonders sind uns in der Bemühung, die Frage zu lösen, in gewisser Weise vorausgegangen, indem sie Sonderanstalten für geisteskranke Verbrecher bauten.

Wie *Schröter* 1895 berichtet, wies im Jahre 1853 *Delbrück*, Arzt an der Strafanstalt in Halle, darauf hin, daß alle Strafgefangenen, im Falle ihrer psychischen Erkrankung, dennoch in der Strafanstalt verbleiben müßten. Auch *Gutsch* sprach 8 Jahre später dieselbe Meinung aus. Dieser Ansicht, der sich späterhin auch *Kirn* im großen und ganzen anschloß, trat *Roller* entgegen, indem er geisteskranke Verbrecher frühzeitig in eine Heilanstalt verbracht wissen wollte.

In Deutschland wurde die erste Irrenstation für geisteskranke Strafgefangene 1865 in Bruchsal errichtet; Sachsen folgte 1876 mit Waldheim, während Preußen 1888 in Moabit eine Zentralstation für irre Verbrecher einrichtete. Da sich die Einrichtungen bewährten, wurden allmählich auch andere Strafanstalten mit Irrenstationen versehen, so daß wir deren jetzt in Preußen sechs haben: Moabit, Breslau, Köln, Münster, Halle und Graudenz. Zudem in außerpreußischen Ländern das schon genannte Waldheim, Bruchsal, Hohenasperg u. a. Diese Irrenstationen der genannten Strafanstalten haben, wie bekannt sein dürfte, nach dem jetzt bestehenden Verfahren die Aufgabe, die Gefangenen, welche während des Strafvollzuges erkrankt und wegen ihres Geisteszustandes einem Heil- und Beobachtungsverfahren zu unterziehen sind, aus den Strafanstalten und Gefängnissen aufzunehmen; ferner auch Untersuchungsgefangene

---

[1]) Aus der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt i. Holstein. Direktor: *Dr. Dabelstein.*

zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand. Wird der Erkrankte nach der sechsmonatigen Beobachtungszeit, die in Ausnahmefällen auch auf die doppelte Zeit ausgedehnt werden kann, für unheilbar geisteskrank erklärt, oder steht eine Besserung, durch die die Strafvollzugsfähigkeit wieder ermöglicht werden könnte, in absehbarer Zeit nicht zu erwarten, so wird der Kranke in eine Irrenanstalt überführt, nachdem er aus dem Strafvollzug entlassen ist.

Der Disput, in welcher Weise die Frage nach der Unterbringung geisteskranker Verbrecher, wenn sie sich nicht mehr im Strafvollzug befinden, am besten zu lösen sei, war zum Teil ein recht lebhafter. Ein Vorschlag von *Siemens*, sie in Korrektions- oder Arbeitshäusern unterzubringen, ist in Tapiau zur Ausführung gekommen. *v. Kunowski* räumt 1904 ein, daß mit der Angliederung der Irrenabteilung an eine Strafanstalt die geisteskranken Verbrecher aufhören, als reine Kranke betrachtet zu werden. Er sieht die Lösung der Frage in der Errichtung von Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher, wie dies bereits im Auslande mehrfach geschehen ist. Seiner Ansicht nach lasse die Irrenanstalt leicht einen Einfluß aufkommen, der die in ihren Adnexen nötige straffe Zucht lockern könnte. Dafür spreche auch der Umstand, daß trotz der hohen Wärterzahl aus allen gesonderten Abteilungen im Anschluß an Irrenanstalten Ausbrüche vorgekommen seien. Das kann nun auch an Strafanstaltsadnexen vorkommen. So geschah es z. B. 1903 in Halle, daß acht geisteskranke Verbrecher ausbrachen, einen Aufseher erwürgten, einen anderen unschädlich machten. Wie ich außerdem von dem Herrn Strafanstaltsdirektor aus Hohenasperg mündlich erfuhr, sind auch dort im Anfang die schwersten Ausschreitungen, gewaltsame Angriffe, Körperverletzungen, Zerstörungen usw. vorgekommen, was allerdings zum Teil auf die zu leichte Bauart des Hauses zurückzuführen sein sollte.

Noch neuerdings plädiert *v. Kunowski* für eine in Schlesien zu errichtende Zentralanstalt, in der recht gut 250 geisteskranke Verbrecher untergebracht werden könnten. In gleicher Weise spricht sich, wie *Naecke* 1905 berichtet, der Franzose *Colin* aus, der die Adnexe an Gefängnissen verwirft, und in Zentralanstalten die Lösung der Frage sieht. *Naecke* selbst hält für uns Adnexe an Gefängnissen für das Empfehlenswerteste. *Heilbronner* hegt Bedenken gegen die Unterbringung in gesonderten Abteilungen; bei entsprechender Verteilung könnten die Irrenanstalten ihrer Aufgabe, auch gefährliche Verbrecher aufzunehmen, gerecht werden. Ich will hier nicht die einzelnen Faktoren beleuchten und sichten, die von den verschiedensten maßgebenden Autoren vorgebracht sind. Das eine dürfte aber zu betonen sein, daß die Errichtung von Adnexen an mehreren Provinzial-Irrenanstalten in der Tat jetzt schon verwirklicht ist.

Derartige gesonderte feste Abteilungen sind meines Wissens bisher geschaffen in Nietleben, Dalldorf, Düren, Plagwitz, Neuruppin, Neustadt in Holstein, Langenhorn, Buch; eine weitere wird gebaut in der

neuen Irrenanstalt bei Gießen, eine in Göttingen, und wie mir zu Ohren gekommen ist, beabsichtigt auch die Provinz Pommern ein derartiges Gebäude als Irrenanstaltsadnex zu errichten.

Mir selbst scheint die Angliederung an eine Irrenanstalt das gegebenste zu sein; denn geisteskranke Verbrecher sind und bleiben einmal Geisteskranke und müssen der Hand der Strafanstaltswärter, auch wenn diese psychiatrisch einigermaßen durchgebildet sein sollten, entzogen werden. Die Nähe der Strafanstalt dürfte meiner Ansicht nach nur dazu angetan sein, eine ungünstige psychische Beeinflussung auszuüben. Eine weitere Tatsache, die vielleicht noch für die Angliederung an Irrenanstalten ins Feld zu führen wäre, ist die, daß bei einer Irrenanstalt dauernd ein ganzes Ärztekollegium mit den Detinierten vertraut ist, das sich dauernd mit ihnen gemeinsam beschäftigt. In einem Strafanstaltsadnex dürfte meist nur einer, höchstens wohl zwei Ärzte die ärztliche Fürsorge in Händen haben. Der Zuchthauston soll auch unter dem Wartpersonal verschwinden, das ist wahrlich in einer Irrenanstalt leichter zu bewerkstelligen. Dabei darf nicht außer acht gelassen werden, daß ein gewisser straffer Zug auch in Irrenanstaltsadnexen sehr angebracht ist, ohne der einmal zu fordernden humanen Behandlung nennenswerte Einbuße aufzuerlegen. Die Gefahr, daß sich diese straffere Behandlung auch zu leicht auf die übrige Anstalt ausdehnen könne, ist meiner Ansicht nach nicht groß. Wir glauben nicht, daß die „freie Behandlung" der übrigen Kranken hier bei uns irgend eine Beeinträchtigung erfahren hat. Der Charakter als Krankenanstalt ist vollkommen gewahrt geblieben.

Es stellt sich also zunächst heraus, daß die Irrenanstalt für gefährliche geisteskranke Verbrecher dieselbe Sicherheit gewähren soll, wie die Strafanstalt. Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Bauart der gewöhnlichen Häuser für unruhige Kranke an den Anstalten nicht den Anforderungen entsprechen kann, welche an ein Haus gestellt werden, das zur Unterbringung geisteskranker gemeingefährlicher Leute dienen soll. Durch die Errichtung von Adnexen an Irrenanstalten scheint also einstweilen die Frage, wo und wie die unheilbaren kranken Verbrecher unterzubringen sind, bei uns zum Stillstand gekommen zu sein.

Die Erfahrungen, welche man bisher damit gemacht hat, sind noch immer nicht reichhaltig genug, um ersehen zu können, ob der

eingeschlagene Weg der beste ist. Aus Düren kamen anfangs, wie *Flügge* berichtete, recht wenig ermutigende Nachrichten, bis durch eine Verstärkung des Baues dem „wüsten Zerstören, zahlreichen Entweichungen, Ausbruchsversuchen und Revolten, die sich in erschreckender Weise häuften", ein Ziel gesetzt wurde.

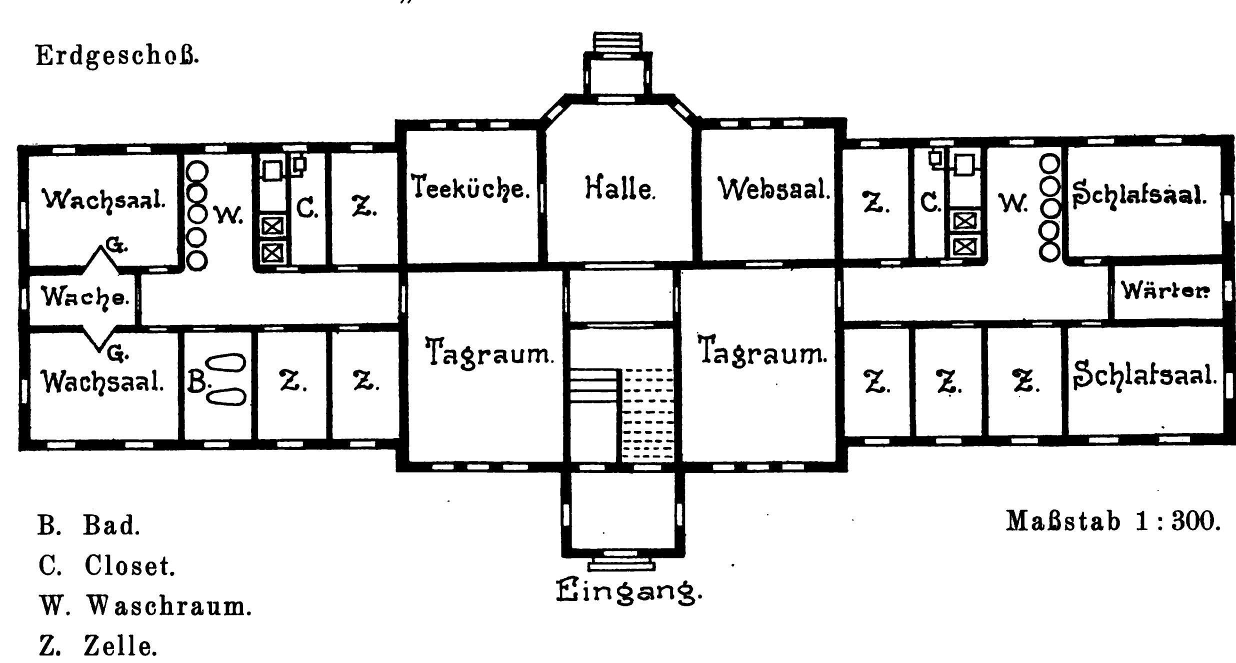
Dem Bedürfnis entsprechend, genehmigte 1904 der Schleswig-Holsteinische Provinziallandtag die Erbauung einer besonderen Abteilung für verbrecherische und gewalttätige Geisteskranke. In Übereinstimmung mit den Gutachten der Direktoren beider Provinzial-Irrenanstalten wurde die Errichtung des Gebäudes bei der Neustädter Irrenanstalt in Angriff genommen.

Das „feste Haus" in Neustadt in Holstein ist für 40 Köpfe berechnet und mit einem Kostenaufwand von etwa 180 000 Mark hergestellt. Der architektonisch geschmackvoll ausgeführte Bau ist durch seine natürliche Lage schon insofern begünstigt, als er fast von drei Seiten von einer weit ins Land hineingehenden Ausbuchtung der Ostsee eingefaßt wird, und größere Verkehrsstraßen nicht in unmittelbarer Nähe sind. Das Haus liegt gesondert von den übrigen Gebäuden der Anstalt, und der Besucher gelangt erst zu ihm hin, nachdem er die Zugangsstraße durch die ganze übrige Anstalt hindurch hat passieren müssen. Es leuchtet ein, daß schon allein durch diese günstige Lage ein etwaiger Fluchtversuch sehr erschwert wird.

Das imponierende Gebäude ist einzuteilen in einen Mittelbau, der von einem mit Kupferplatten gedeckten Turm gekrönt wird, und in zwei in derselben Front liegende Seitenflügel. Durch den Haupteingang, der im Mittelbau gelegen und mit einer starken eichenen Tür zu verschließen ist, gelangt der Besucher zunächst in einen kleinen Vorflur, aus diesem durch eine zweite starke Tür ins Treppenhaus, welches den vorderen Teil des Mittelbaues einnimmt, während dessen hinterer Teil im Erdgeschoß zu einer Halle erweitert ist, in der sich beständig der Pförtner aufzuhalten hat, und die mit dem Eßzimmer für die Wärter und Teeküche in unmittelbarer Verbindung steht. Aus der Pförtnerhalle führt eine Doppeltür in den mit einer sicheren Mauer umgebenen, mit Gesträuch und Grasplätzen versehenen geräumigen Spazierhof. Im ersten Stock des Mittelbaues, in der Mitte des ganzen Hauses überhaupt, liegt das mit vier Wannen und zwei Douchen versehene Badezimmer, darüber eine zweizimmerige vom Getriebe der Abteilungen völlig getrennte Assistenzarztwohnung und ein Oberaufseherzimmer. In dem gleichen Stockwerk finden sich zwei symmetrisch gelegene Schlafräume für die Wärter. Es ist also auch hier wie in Düren der Mittelbau dreigeschossig durchgeführt.

„Festes Haus“ in Neustadt i. Holst.

Erdgeschoß.



Maßstab 1:300.

B. Bad.
C. Closet.
W. Waschraum.
Z. Zelle.
G. Beobachtungsgitter.



I. Stockwerk.

Maßstab 1 : 300.

B. Bad.
C. Closet.
W. Waschraum.
Z. Zelle.

Die sich seitlich an den Mittelbau anschließenden beiden zweistöckigen Flügel enthalten die vier Krankenabteilungen, jede für zehn Kranke bestimmt. Diese vier Abteilungen sind bilateral symmetrisch gelegen und weisen untereinander nur geringe Verschiedenheiten auf. Eine etwas von den anderen abweichende Bauart zeigt die links unten gelegene Aufnahme- und Beobachtungsabteilung insofern, als sie noch mit einem weiteren, mit zwei Wannen versehenen Badezimmer rechnen kann. Ferner sind die Schlafräume zu Wachsälen umgewandelt; der wachhabende Wärter hat sich indessen nicht in den Sälen selbst aufzuhalten — davon wurde der Gefährlichkeit wegen Abstand genommen —, er hat vielmehr von einem in der Mitte zwischen beiden Wachsälen gelegenen Raum aus, durch einen spitzen Winkel bildende Beobachtungsgitter hindurch, die Kranken stets im Auge zu behalten. Die Gitter lassen ein völliges Überschauen der ganzen Säle zu und ermöglichen es auch, Gespräche der Kranken zu hören. Die Aufnahmeabteilung, die im allgemeinen mehr mit zu Bett liegenden Kranken rechnet, ist im Gegensatz zu den anderen drei Abteilungen nur mit einem Tagraum versehen. Die anderen haben deren zwei, von denen der eine, nach hinten gelegene, als Arbeitsraum gedacht und auch verwertet ist.

Die Verbindung der Abteilungen unter sich, oder vielleicht sagt man besser die Trennung voneinander, gestaltet sich folgendermaßen: Je zwei auf demselben Stockwerk liegende Abteilungen sind durch dicke Holztüren und einen zwischen diesen befindlichen Korridor getrennt. Es hat sich hier als zweckmäßig erwiesen, die genannten Holztüren nicht fest zu verschließen, damit im Notfall eher Hilfe von der anderen auf gleicher Höhe liegenden Abteilung erscheinen kann. Ein äußerst sicherer Abschluß der Abteilungen gegen das Treppenhaus, ferner gegen die Ausgangstüren und die im dritten Stockwerk liegende Arztwohnung wie auch die sehr ausgedehnten Bodenräume wird durch bis zur Decke reichende eiserne Gittertüren gewährleistet. Auch sind die Treppengeländer in gleicher Weise bis nach oben hin durchgeführt, um ein gewaltsames Hinabstürzen vermeiden zu können.

Sämtliche Tagräume, Schlafsäle und Zellen sind mit eichenem Parkettfußboden, elektrischer Beleuchtung und Warmwasserniederdruckheizung versehen. Letztere ist in den Zellen mit Panzerplatten gedeckt. Dünne Fensterscheiben wurden nur in den Tagräumen angebracht, während in den Schlafsälen und Zellen nur 2,5 cm dicke Glasplatten, zum Teil mit Drahteinlagerung, zur Verwendung gekommen sind. Zudem wurden sämtliche Fenster mit 2,8 cm dicken eisernen Traljen versichert. Die Tagesräume einer jeden Abteilung enthalten einen Luftkubus von 153,30 Kubikmetern, sind nach vorn heraus gelegen und mit soliden hölzernen Bänken und Tischen ausgestattet. Die Arbeitszimmer sind etwas kleiner; das der einen Abteilung ist zu einer Schneiderei umgewandelt, ein anderes zu einer Weberei, ein Drittes soll zur Zucht von Seidenraupen Verwendung

finden, ist dafür reserviert und schon mit dementsprechenden Einrichtungen versehen. — Von den Tagesräumen gehen seitlich in gerader Flucht die Zellenkorridore aus. Der Umstand, daß diese in gerader Richtung weitergehen und nicht im rechten Winkel abknicken und dadurch die Übersichtlichkeit erschweren, scheint mir von größter Bedeutung zu sein. Öffnet man bei uns die Zwischentüren, so ist dadurch ein durch zwei Abteilungen hindurchgehender Laufgang von 52 m Länge, der Länge des ganzen Hauses gleich, zu übersehen. Zur Seite der Zellenkorridore liegen die Zellen, im ganzen 15 an der Zahl, auf jeder Abteilung 4, auf einer 3; außerdem je ein völlig zu übersehendes Krankenklosett, je ein verschließbares Wärterklosett und die Waschbecken für die Kranken. Die jeweiligen Zellenbewohner dürfen nur einzeln zum Waschen herausgelassen werden. Am Ende eines jeden Korridors liegt ein für einen Wärter bestimmter Raum; zwei von diesen sind für die Nachtwachen reserviert, während die beiden anderen je einem Wärter als Schlafraum dienen. Seitlich hiervon befinden sich die nur vom Korridor aus zu begehenden Schlafsäle, jeder nur mit vier eisernen Bettgestellen ausgestattet. Die Türen zu Schlafsälen und Zellen sind mit Beobachtungslöchern versehen, hauptsächlich um vor dem Betreten des Raumes konstatieren zu können, ob der Insasse zu Bett liegt oder etwa, was sehr häufig vorkommt, mit dem Nachtgeschirr bewaffnet, einen Angriff plant. Die Fenster haben ein feststehendes Mittelstück, die Seitenteile sind in die Wand hinein verschieblich und können beliebig weit geöffnet und mit Hilfe eines Dornverschlusses festgestellt werden. Wir haben hier Türen von verschiedener Breite. Als geeignetste haben sich die von 110 cm Breite erwiesen, weil durch sie zu einem aufgeregten Kranken zwei Wärter zugleich eindringen können. Es würde nichts schaden, wenn die Türen noch etwas breiter wären, vielleicht 130 cm; jedenfalls sind die von 75 und 96 cm Breite zu schmal und erschweren Isolierung und eventuell Beruhigung ganz bedeutend. — Besondere Sorgfalt ist auf die Einrichtung der Schlösser zu sämtlichen festen Türen gelegt worden. Abgesehen davon, daß der Schlüssel an sich kompliziert ist, ist das eigentliche Schlüsselloch, um nicht verstopft werden zu können, dauernd geschlossen und muß erst vor Benutzung mit Hilfe des vorderen hohlen Teiles des Schlüssels geöffnet werden. Ein Zuschließen der Türen erübrigt sich, da beim Herunterdrücken des Türgriffs der vollkommene Verschluß sich spontan herstellt, und zwar unter Fixierung des Griffes und Schließung des Schlüsselloches. Der Haustürschlüssel ist nur in der Hand des Arztes, des Oberaufsehers und des Pförtners.

Was nun das Personal angeht, so sind wir damit bisher recht zufrieden gewesen. Besonderer Wert wird auf körperliche Kraft gelegt, zudem werden im festen Hause nur Wärter eingestellt, die schon auf anderen Abteilungen Dienst getan und sich bewährt haben. Hat ein Wärter des festen Hauses gekündigt, so wird er am besten auf eine andere Abteilung verlegt. Da der Dienst zweifellos anstrengender und gefahr-

bringender ist als auf anderen Abteilungen, so erhalten die Wärter des festen Hauses als besondere Vergünstigung einen freien Ausgangsabend mehr in der Woche als das übrige Wartpersonal; dadurch haben wir es erreicht, daß der Dienst im festen Hause sehr begehrt ist, die Wärter gehen gern hinein, und die Verlegung auf eine andere Abteilung wird als Mißtrauensvotum empfunden. Um den regelmäßigen Sonntagsausgang der Wärter zu ermöglichen, haben wir uns dazu entschlossen, an Sonn- und Feiertagen einige Kranke mehr zu Bett liegen zu lassen. Der Dienst ist durch eine sorgsam ausgearbeitete Hausordnung geregelt, die sich die Wärter gründlich einzuprägen haben. — Für unsere 40 Insassen haben wir 14 Wärter, von denen die 2 am Tage schlafenden Nachtwachen und ein Pförtner abzurechnen sind. Acht davon sind beamtete Wärter. Mit Hilfe von *v. Kunowskis* Angaben (1904) erhält man folgende Tabelle, die das Verhältnis der Wärter zur Krankenzahl, allerdings nur unvollkommen, erkennen läßt:

In Waldheim	kommt	1	Pfleger	auf	5,6	Kranke.
„ Nietleben	„	1	„	„	4,6	„
„ Dalldorf	„	1	„	„	3,5	„
„ Düren	„	1	„	„	2,5	„
„ Neustadt i. H.	„	1	„	„	3,6	„

Von großer Wichtigkeit sind ferner die für die Nachtwachen festgesetzten Wachvorschriften. Bei uns hier wird die Nachtwache nur durch zwei Wärter gemacht, was sich als ausreichend erwiesen hat. (In Düren von vier Pflegern und einem Stationspfleger.) Der Wachtdienst gestaltet sich folgendermaßen: In dem Wachzimmer der links unten gelegenen Aufnahme- und Beobachtungsabteilung hat sich der eine Wärter, die „Sitzwache", aufzuhalten und durch die oben beschriebenen Gitter hindurch die beiden Wachsäle beständig im Auge zu behalten. Die zweite Wache ist eine „Patrouillierwache" und hat ihren Ausgangspunkt auf der rechts oben gelegenen Abteilung. Von den Wachen sind drei Kontrolluhren zu bedienen; zwei von diesen sind feststehende für je einen Wärter. Das rotierende Zifferblatt, dessen Durchmesser 20 cm beträgt, ist durch einen 3,8 cm langen und 1,2 cm breiten Schlitz sichtbar. Auf dieser Stelle des Zifferblattes hat halbstündlich die Wache durch eigenhändigen Namenszug ihre Wachsamkeit zu bezeugen. Es ist auf diese Weise ausgeschlossen, daß einer Dienst für beide tut, und die Ansicht des John Keay, der noch 1902 die Kontrolluhren der Nachtwachen für ein Spielzeug erklärt, da sie über das Verhalten des wachhabenden Personals keine Auskunft gäben, hinfällig. Um ferner eine Garantie zu haben, daß die Patrouillierwache auch wirklich auf die anderen Abteilungen geht, ist diese mit einer tragbaren Kontrolluhr versehen, die ebenfalls halbstündlich zu stechen ist, und zwar befindet sich zu diesem Zweck auf jeder Abteilung ein anders zeichnender Schlüssel. Die Verbindungstüren sind während der Nacht

geöffnet, um der patrouillierenden Wache, die Filzschuhe trägt, geräuschlosen Durchgang zu ermöglichen. Jederzeit können von jeder Abteilung aus die Wärter in den oben befindlichen Schlafzimmern alarmiert und außerdem per Telephon Wärter von anderen Häusern im Notfall requiriert werden. Das hat sich hier noch nicht nötig gemacht. Die Nachtwache ist im festen Hause, wie auch auf der ganzen übrigen Anstalt, eine schottische und wird vier Wochen hindurch getan. Am Vormittage hat die Wache zu schlafen, während ihr der Nachmittag zur freien Verfügung steht. Gelegentlich sind die Nachtwachen von dem diensthabenden Oberaufseher zu revidieren, der dies am nächsten Morgen im Meldebuch zu erwähnen hat, außerdem macht der Hausarzt von Zeit zu Zeit einen revidierenden Rundgang.

Ein Hauptfaktor, auf den wir von vornherein das größte Gewicht gelegt haben, ist eine geschickte Verteilung der Insassen auf die vier Abteilungen. Vorzunehmende Verlegungen geschehen immer abends, nachdem sich die Kranken entkleidet haben. Selbstverständlich empfiehlt es sich nicht, alle schwer zu behandelnden, zu Komplotten neigenden Elemente an einer Stelle selbst bei vermehrter Anzahl von Personal unterzubringen, ein Punkt, der auch in erster Linie gegen Errichtung von Zentralanstalten sprechen dürfte. Es erscheint mir deshalb auch sehr gewagt, in einem Schlafsaal mehr als vier Kranke unterzubringen. Wir machen auch hier von der schon anderweitig angewandten „Verdünnungsmethode" Gebrauch, indem einzelne gefährliche Elemente zwischen harmlosere, z. B. mehr verblödete Kranke, verteilt werden. Ja, man ist sogar bisweilen direkt dazu genötigt, mit Spionage zu arbeiten, falls es sich um einen versteckten Anschlag handelt. Um sicher zu sein, daß gefährliche Gegenstände irgend welcher Art nicht mit hereingeschleppt werden können, erhält nicht nur jede Neuaufnahme ein Vollbad, sondern auch jeder Patient, der Besuch gehabt hat. Während des Bades wird eine genaue Körpervisitation sowie eine Untersuchung der Kleider vorgenommen.

Die Kranken stehen mit Ausnahme der vier Hausarbeiter um ½7 Uhr auf und gehen um dieselbe Stunde abends zu Bett. Um die Patienten in hinreichender Weise beschäftigen zu können, haben wir, wie schon kurz erwähnt wurde, eine Schneiderei eingerichtet, in der z. Z. sechs Patienten arbeiten, die den größten Teil der Flickarbeit für die Männerseite machen, auch schon für längere Zeit Westen und Beinkleider fertig hergestellt haben. Ein besonders geschickter Arbeiter näht mit einer Maschine. Die Scheeren sind mit stumpfen Branchen versehen. Die Beschäftigung in Einzelzellen haben wir ganz und gar aufgegeben, nachdem sich herausgestellt hatte, daß ein Patient die unbeobachtete Zeit zur Herstellung von Ausbruchswerkzeugen verwendet hatte. Fünf weitere Kranke sind in unserm Websaal beschäftigt, der mit drei schwedischen Webstühlen und einem Gobelinwebstuhl ausgerüstet ist. Der Fleiß dieser Insassen und einiger auf anderen Abteilungen hat es möglich gemacht, daß der

größte Teil sämtlicher Fenster in der Anstalt mit selbstgewebten Gardinen ausgestattet wurde. Außerdem wird haltbarer Hemdenstoff hergestellt und auch Tischdecken. Ein sehr tätiger Patient ist gemeinsam mit einem Stationswärter fleißig dabei, in mühsamer Arbeit einen 235 cm langen und 80 cm breiten Gobelinteppich herzustellen. Die Seidenraupenzucht, für die ein geräumiges Zimmer bereits zur Verfügung steht, und schon dementsprechend eingerichtet ist, wird im Frühjahr wahrscheinlich ihren Anfang nehmen. Von der Beschäftigung mit Garten- und Feldarbeit haben wir der Sicherheit wegen Abstand genommen. In den Spazierhof gehen stets zwei Abteilungen zugleich hinaus; um die Gelegenheit zu einem erfolgreichen Komplottieren zu nehmen, sind die auf gleicher Höhe befindlichen Abteilungen stets voneinander getrennt. Es ist daher so eingerichtet worden, daß die links unten liegende Abteilung stets mit der rechts oben liegenden zusammen in den Hof geht. Zu Unterhaltung und Erheiterung auf den Abteilungen dienen auch in diesem Hause allerhand Brettspiele, Schach, Dame, Halma; außerdem Spielkarten und Kopfzerbrecher. Auch ist den musikalisch Veranlagten Gelegenheit gegeben, sich zu betätigen. Hierzu haben wir Mund- und Handharmonikas, eine Violine, Flöte und Zither beschafft. Sämtlichen Kranken, die isolierten ausgenommen, ist der Tabaksgenuß in einer Form gestattet. Als Extravergütung für besonders gute Führung oder Fleiß wird vermehrte Tabaksration, eine Wurstportion oder dergl. gewährt. Außerdem stehen den Kranken Bücher aus der Bibliothek und Zeitungen zur Verfügung. Durch das Bestreben, es den Insassen so angenehm wie möglich zu machen, haben wir es erreicht, daß zwei nach anderen Abteilungen Verlegte wiederholt den Wunsch äußerten, ins feste Haus zurückverlegt zu werden.

Ganz besonders große Schwierigkeiten haben wir bisher mit unseren im festen Hause internierten Verbrechern nicht gehabt. Ein gelungener Ausbruch ist in den 2 Jahren seit dem Bestehen überhaupt noch nicht vorgekommen, wohl Versuche hierzu. Erwähnenswert ist eine Unternehmung, bei der ein besonders kräftiger Mann vom Rahmen des über der Türe befindlichen Lichtfensters eine eiserne Latte losgebrochen und mit dieser versucht hatte, die Zellentür zu durchbrechen. Die patrouillierende Wache kam aber noch rechtzeitig dahinter. Ein anderes ziemlich weit verzweigtes Komplott hätte gefährlicher werden können, als nämlich von den Aluminiumlöffeln der Kranken zwei Stück verschwunden waren, aus denen geschickte Hände die drei für das Entweichen erforderlichen Schlüssel herstellen wollten. Durch Uneinigkeit der Beteiligten unter sich kam es schließlich zum Verrat, und die zum Teil schon recht weit gediehenen Schlüssel wurden dem Stationsarzt eines Morgens von einem Kranken überreicht. Die Aluminiumlöffel wurden durch solche aus Papiermaché ersetzt. Weiteren Verabredungen, nach denen Wärter überwältigt werden sollten, wurde rechtzeitig auf die Spur gekommen, die Beteiligten getrennt, soweit sie nicht isoliert werden mußten. Ein An-

griff eines Paranoikers mit einem abgebrochenen Bettbein aus Eisen gegen einen Oberarzt hätte durch die hinterlistige Ausführung sehr gefährlich werden können.

Im übrigen haben wir natürlich auch hier öfters kleine Kämpfe zu bestehen gehabt. Es handelte sich aber stets nur um einzelne Individuen, die bald überwältigt und beruhigt werden konnten. Ein offenes gewaltsames Zusammenrotten und gemeinsames Vorgehen ist hier nie passiert.

Man könnte vielleicht annehmen, daß an anderen gleichartigen Orten noch weit gefährlichere Elemente untergebracht sind, doch glaube ich das nicht. Die fast ohne Zwischenfall verlaufene Zeit möchte ich vielmehr in erster Linie auf die gute Überwachung und die richtige Verteilung zurückführen. In der Nacht haben naturgemäß die Kranken die meiste Gelegenheit, heimliche Ausbruchspläne zu schmieden, schon deshalb sollte man die Schlafräume nicht mit mehr als vier Personen belegen. Fast jeder unserer Kranken hegt den Wunsch, für sich allein zu schlafen, ein Umstand, der schon an sich eine große Anzahl von Zellen als berechtigt erscheinen läßt. Wo es sich doch einmal in erster Linie um die sichere Unterbringung handelt, sollte man doch nicht meinen, durch größere gemeinsame Schlafsäle und durch eine geringere Zellenanzahl bei derartigen Neubauten den humanen Anschauungen mehr Rechnung tragen zu können. Es werden dadurch dem Arzt und Personal nur Schwierigkeiten entstehen, die Ausbruchsversuche werden sich häufen und nicht nur beim Versuch bleiben; den Kranken selbst aber ist damit auch nicht gedient.

Die Entscheidung, ob eine Neuaufnahme im festen Haus zu internieren ist oder nicht, liegt lediglich in der Hand des Direktors der Anstalt.

Seit dem Bestehen des Instituts, dem 1. Dezember 1905, haben wir nun im ganzen 54 Patienten darin verpflegt, von denen zwei Beobachtungsfälle waren. Abgesehen von diesen beiden Fällen, kam in den Strafvollzug zurück einer infolge weitgehender Besserung; bei einem anderen ist die Entlassung in den Strafvollzug beantragt. Einer wurde in eine andere Anstalt übergeführt. Dreizehn wurden nach Abteilungen der Hauptanstalt verlegt, so daß wir jetzt die Belegungsziffer 37 haben. Ohne die beiden Beobachtungsfälle in Betracht zu ziehen, gehörten 34 Erkrankungsformen der einfachen Seelenstörung an, 10 von diesen sind als reine Paranoiker zu betrachten, während andere 17 von ihnen auf die paranoide Form der Dementia praecox entfallen. Die restierenden 7 sind als Katatonie zu rechnen. 14 litten an Imbezillität, 1 an Paralyse, 3 an Seelenstörung mit Epilepsie. Mehr als die Hälfte von allen sind während der Verbüßung einer

längeren Freiheitsstrafe erkrankt. Die meisten Schwierigkeiten machten auch hier die Paranoiker.

Unter den Straftaten sind hervorzuheben 1 mal Mord, 5 mal Totschlag, 1 mal versuchter Totschlag, 1 mal vorsätzliche Körperverletzung mit tödlichem Ausgang. Nur 4 von sämtlichen Insassen haben es bei einer Straftat bewenden lassen, davon sind 3 nachgewiesene Brandstifter; der vierte hat einen Diebstahl begangen, wahrscheinlich auch eine Brandstiftung nach einem früheren Ausbruch aus Schleswig. Alle übrigen sind mehrfach, die meisten vielfach bestraft. Einer ist 27 mal vorbestraft, einer 16 mal, zwei je 15 mal, einer 14 mal, einer 12 mal, einer 11 mal usw. Bei 21 kamen längere Zuchthausstrafen in Betracht. Körperverletzung und Diebstahl herrschen in überwiegender Mehrzahl vor. Einer war 17 mal vorher in Irrenanstalten gewesen.

Das hier angelegte Museum, das die verschiedentlichsten Ausbruchswerkzeuge enthält, weist bereits 46, zum Teil sehr interessante Nummern auf.

Blicken wir auf die nun bereits verflossene Zeit zurück, so können wir nur sagen, die Zeit ist in zufriedenstellender Weise verlaufen, das Haus hat sich bewährt, und ich glaube nicht nur bei uns hat sich der Irrenanstaltsadnex bewährt. Woher die von *Nolte*[1]) kategorisch aufgestellte Behauptung: „Die Adnexe an Irrenanstalten haben sich nicht bewährt“? In der Tat scheinen diese immer an Zahl zuzunehmen, trotz der mannigfachen, gut begründeten Äußerungen der Gegner. Ich glaube zwar, daß im allgemeinen die größte Anzahl der Psychiater der Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher in Irrenanstalten abweisend gegenübersteht, daß diese Anschauung ihnen im Grunde genommen unsympathisch ist, denn sie werden sich sagen: Kaum haben wir uns von den alten Zwangsmaßregeln losgerissen und uns der freien Behandlung zugewandt, so sucht sich der alte abgetane Zwang wieder Geltung zu verschaffen. — Nun, ich meine, es sei ein Fortschritt, kein Rückfall in die alten Zustände zu nennen, wenn wir Irrenärzte nicht nur imstande sind, den ungefährlichen Elementen des geisteskranken Heeres das angedeihen zu lassen, was ihnen gebührt, wenn wir vielmehr auch in der Lage sind, die geistes-

[1]) Zeitschrift f. Medizinalbeamte, Jahrg. 20, Heft 7.

kranken Verbrecher in sachgemäßer Art und Weise in unseren Anstalten zu behandeln. Auch dieses kann als Betätigung einer erstklassigen humanen Auffassung gelten. Daß es wohl angeht, auf dem eingeschlagenen Wege weiter zu schreiten, soll vorliegender Aufsatz demonstrieren. Bei verständiger Handhabung der Adnexe an Irrenanstalten werden wir, glaube ich, am ersten die Frage lösen. Ist doch schon allerwärts im Deutschen Reiche der Versuch gemacht, und er ist nicht als mißlungen zu betrachten. Es ist in der Literatur betont, daß wir noch nicht genug darüber wissen, daß sich die Resultate erst herausstellen müssen.

Gewiß ist es angenehmer, nur immer mit ruhigen, ungefährlichen Geisteskranken zu tun zu haben; der ärztliche Dienst in einer Abteilung für geisteskranke Verbrecher ist erheblich unbequemer, gefahrvoller und deshalb schwieriger als in freien Anstalten, die vermöge ihres ruhigen Materials fast durchweg in der Lage sind, vom Offentürsystem Gebrauch zu machen. Wird aber im *Kraepelin*schen Sinne „eine ruhige, strenge, aber zugleich wohlwollende Erziehung im kleinen Kreise“ angewandt, läßt man auch den geisteskranken Verbrechern soviel Annehmlichkeiten zukommen, als möglich ist, so daß die Einsperrung nie den Charakter einer verkleideten Strafe annimmt, so kann man mit den asozialsten Elementen immer noch auskommen.

Die Hauptpunkte, die als Vorbedingung der Bewährung von Irrenanstaltsadnexen in Betracht kommen, dürften sein:

1. Wirklich feste Bauart.
2. Zahlreiche Zellen und kleine Schlafräume.
3. Gutes Personal.
4. Richtige Verteilung der einzelnen Individuen auf kleine Abteilungen.
5. Sachgemäße, verständige Leitung und Behandlung.

Einen Einfluß der allgemeinen Anstalt, der die nötige straffe Zucht lockert, braucht man nicht aufkommen zu lassen; andererseits muß der straffe Zug aber auch in richtigem Maße getroffen werden.

Zum Schlusse möchte ich bemerken, daß der Zweck dieser Zeilen nicht der sein sollte, durchaus für die Adnexe an Irrenanstalten eine Lanze zu brechen. Meine Aufgabe war, die Bauart des festen Hauses unserer Anstalt darzulegen und zum Ausdruck zu bringen, daß sich der Bau als zweckentsprechend bewährt hat.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

124. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. Dezember 1907.

Anwesend die Herren: *Angeloff*-Berlin a. G., *Anker*-Lichtenrade, *Benda*-Berlin, *Bernhardt*-Dalldorf, *Birnbaum*-Herzberge, *Bischoff*-Buch a. G., *Sophia Blank*-Charlottenburg a. G., *Bratz*-Wuhlgarten, *Berg*-Haus Schönow a. G., *Döblin*-Buch, *Edel sen.*-Charlottenburg, *Max* und *Paul Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, *Falkenberg*-Herzberge, *Fränkel*-Lankwitz, *Fürstenheim*-Karlshorst a. G., *Gock*-Landsberg, *Guttstadt*-Berlin, *Hebold*-Wuhlgarten, *Hopf*-Potsdam, *Juliusburger*-Steglitz, *Klipstein*-Herzberge, *Körber*-Berlin a. G., *Koritkowski*-Lichterfelde, *Kortum*-Dalldorf, *H. Kron*-Berlin, *Kutznicki*-Berlin a. G., *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Lenhartz*-Berlin a. G., *Levinstein*-Schöneberg, *Levy*-Buch a. G., *Lewin*-Berlin a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Lipschitz*-Berlin a. G., *Löwenstern*-Herzberge a. G., *Löwenthal*-Berlin, *Marthen*-Landsberg, *Matthies*-Dalldorf, *Mischnik-Ephrussi*-Rußland, *Moeli*-Herzberge, *Oestreicher*-Niederschönhausen, *Schauß*-Buch, *Schayer*-Dalldorf a. G., *Schmidt*-Dalldorf a. G., *Schmidt*-Herzberge, *Schmitz*-Neu-Ruppin, *Schönhals*-Haus Schönow a. G., *Seeger*-Lübben, *Seelig*-Herzberge, *Seiffer*-Berlin a. G., *Selle*-Neu-Ruppin, *Senkpiel*-Charlottenburg, *Sklarek*-Buch, *Viedenz*-Eberswalde, *van Vleuten*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Charlottenburg, *Weiler*-Westend, *Zendig*-Berlin a. G., *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Vorsitzender: *Moeli*.

Entschuldigt: *Sander*-Dalldorf und *Knecht*-Ückermünde.

Der Vorsitzende gedenkt des am 23. Juni verstorbenen Mitglieds *E. Mendel*, zu dessen Ehrung die Versammlung sich erhebt.

Der Verein beauftragt den Vorstand, für die am 24. und 25. April zu Berlin stattfindende Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie Vorbereitungen zu treffen und hierüber in der nächsten Sitzung zu berichten.

Der Verein ist aufgefordert worden, einen Vertreter in ein Komitee zur Vorbereitung einer Ehrung R. *Kochs* zu wählen. Es wird beschlossen, *Sander*-Dalldorf um Übernahme dieser Vertretung zu bitten.

James Fraenkel-Lankwitz: Demonstration (vor der Tagesordnung).

Im Anschluß an meine vor einigen Jahren an dieser Stelle über denselben Gegenstand gemachte Mitteilung erlaube ich mir, Ihnen heute zwei Harnproben zu zeigen, die durch ihre Farbe unsere Aufmerksamkeit erregten. Dieselben entstammen zwei Kranken, deren eine Sulfonal, deren andere Trional gebraucht hatte. Der Verdacht, daß sie Hämatoporphyrin enthalten, wurde durch die im „Institut für medizinische Diagnostik" vorgenommene spektroskopische Untersuchung bestätigt. Sie sehen hier zunächst die beiden mit dem Katheter entnommenen Urinquantitäten, ferner den aus dem Sulfonal-Harn rein dargestellten Farbstoff und schließlich zwei Hämatoporphyrin-Lösungen desselben Urins. Die erstere, mit der Aufschrift „sauer" versehene, läßt im Spektrum unschwer zwischen D und E, an der Grenze zwischen Gelb und Grün, einen Absorptionsstreifen erkennen; ein zweiter hellerer, der sich häufig noch im Gelb nach der Orangegrenze zu findet, fehlt hier, wie auch sonst zuweilen. In der alkalischen Lösung erscheinen deutlich, an Stelle der sonst üblichen vier, drei Absorptionsstreifen, nämlich einer noch im Rot, ein zweiter im Orange, ein dritter im Grün. Wie ich aus den Krankengeschichten noch kurz erwähnen möchte, handelt es sich im ersten Falle um eine chronisch verwirrte Patientin, bei der alle bekannten narkotischen und hypnotischen Mittel, auch prolongierte Bäder, keine nachhaltige Beruhigung erzielten. Sulfonal, das sie seit Jahren — stets mit mehrtägigen Pausen — in Dosen von ein bis zwei Gramm erhielt, wirkte prompt und wurde gut vertragen; es war allmählich eine Toleranz für das Medikament eingetreten. Dabei wurde der Urin häufig chemisch untersucht und täglich auf seine Farbe kontrolliert. Ganz plötzlich zeigte sich vor zirka zehn Tagen dieser dunkle Harn, während die Kranke noch nebenher große allgemeine Prostration, starke Benommenheit und hochgradige Ataxie der Bewegungen darbot. Sulfonal wurde sofort ausgesetzt; es wurden überdies große Mengen Alkalien, wie doppelkohlensaures Natron und Magnesia, in alkalischen Säuerlingen verabreicht; außerdem erhielt die Kranke mehrmals täglich Darmeingießungen von lauem Wasser, Klysmata und Kochsalzinfusionen auf *Fürbringers* Vorschlag bei sonst flüssiger Diät. Der Urin hellte sich von Tag zu Tag mehr auf und zeigt heute ein nahezu normales Verhalten. Die Patientin ist auch wie früher manisch erregt. — Einen ähnlichen Verlauf zeigte die Trionalintoxikation; es handelt sich um einen Fall von chronischer Manie. Die Kranke hat erst seit etwa fünf Wochen, und zwar ebenfalls mit dreitägigen Unterbrechungen, allabendlich 1 bis 2 g Trional genommen; sie ist auch bereits völlig hergestellt. — Bemerken möchte ich noch, daß es sich hier wie in den meisten Fällen derartiger Vergiftungen um weibliche und in der Ernährung heruntergekommene Individuen handelt. — Ich will hier schließlich noch einen Fall, dessen Kenntnis ich Herrn Kollegen *Kalischer*-

Schlachtensee verdanke, anführen. Er betrifft eine psychopatische Person, bei der während einer Sulfonalvergiftung mit Hämatoporphyrinausscheidung zwei typische epileptische Anfälle, an denen sie vorher nie gelitten hatte, eintraten. Ähnliche Beobachtungen fehlen bisher in der Literatur. Diese Kranke hat sich ebenfalls erholt. — Die zitierten Fälle erscheinen mir deshalb der Erwähnung wert, weil sie beweisen, daß es bei rechtzeitigem Ausschalten der schädlichen Noxe und bei geeigneten therapeutischen Maßnahmen gelingt, die Kranken zu erhalten, während nicht selten, wie vielfache Veröffentlichungen lehren, die Vergiftung mit fortschreitendem Charakter zum letalen Ausgange führt.

Diskussion. — *Ziehen* fragt, ob bei den Kranken Exanthem aufgetreten sei.

Fraenkel verneint dies.

Max Edel-Charlottenburg: Eklampsie oder Epilepsie? (mit Seelenstörung).

Die vorgestellte Patientin hat im Verlauf wiederholter Anstaltsbehandlung Erscheinungen gezeigt, welche mir bemerkenswert gewesen sind und, wie ich hoffe, auch bei Ihnen einiges Interesse erwecken werden. Sie hat vor 2 Jahren eine Wochenbettserkrankung durchgemacht, ist im Anfang dieses Jahres in unserer Anstalt entbunden worden und seit November d. J. wieder psychisch erkrankt. Höchst wahrscheinlich liegt wieder eine Gravidität in den ersten Monaten vor. Eine Entbindung kommt ja gelegentlich wohl in jeder größeren Anstalt vor und lenkt die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich. Unsere Patientin hat aber Ärzte und Pflegepersonal mehr, als es sonst der Fall zu sein pflegt, infolge ihres psychischen Verhaltens und infolge von somatischen Erscheinungen in Atem gehalten und die Frage einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft nahegelegt. Sie war schließlich die Veranlassung, ohne es zu wollen, daß sich einer unserer Assistenzärzte, welcher noch nicht wußte, daß es unter Umständen auch zu den Pflichten eines Anstaltsarztes gehört, eine Entbindung zu leiten, von seiner weiteren Tätigkeit als Anstaltsarzt entbinden ließ.

Ihre Mutter ist nach ihrer eigenen Angabe im Wochenbett gestorben. Ihr Vater soll stark getrunken haben. Sie ist jetzt 32 Jahre alt, ehelich geboren. Da ihre Stiefmutter sie zum Stehlen anhielt und sie schlug, wenn sie es nicht ausführte, wurde sie von der Polizei im Alter von 11 Jahren fortgenommen und in Pflege zu einem Lehrer nach einem andern Orte gegeben und dort weiter erzogen. Sie ging später in den Dienst und soll, nach persönlicher Erkundigung bei einigen Dienstherrschaften, ein blühendes Mädchen von guter Auffassungsgabe gewesen sein, welches ein ruhiges Temperament hatte und nie an Schwindel, Ohnmacht oder Krämpfen gelitten hat. Mit ihren drei Brüdern ist sie seit der Kindheit auseinandergekommen und weiß nicht, wo sie sich befinden. Von den Großeltern weiß sie nichts weiter anzugeben, und es ließ sich nicht ermitteln, ob Nerven-

oder Geisteskrankheiten sonst in der Familie vorgekommen sind. Ihr Ehemann, mit dem sie sich 1904 verheiratete, ist inzwischen auch gestorben. Am 8. Januar 1905 hatte sie die Frühgeburt eines toten Kindes. Während der Gravidität hat sie häufig an Kopfschmerzen gelitten. Am neunten Tage nach der Entbindung stellten sich schwere, anhaltende Krampfanfälle ein. Die Wöchnerin blieb vier Tage lang bewußtlos, erkannte nachher ihren Mann nicht mehr, wurde unruhig und verwirrt, so daß sie in das städtische Krankenhaus zu Charlottenburg gebracht wurde. Hier wurde chronische Nephritis mit Wassersucht festgestellt. Da die Patientin Tobsuchtsanfälle bekam und, nur mit einem Hemd bekleidet, in den Garten lief, wurde sie am 6. Februar 1905 zum ersten Male in unsere Anstalt gebracht. Die sehr blasse, mäßig genährte Kranke erschien hier noch etwas unklar, gehemmt apathisch und in ihrem Gedankenablauf verlangsamt, hatte nicht die geringste Erinnerung an die Vorgänge der letzten Zeit, wußte nicht, daß sie geboren hatte, daß sie verheiratet war, erinnerte sich mühsam, daß sie einmal verlobt gewesen wäre, glaubte aber, daß die Verlobung wieder gelöst worden wäre. Örtlich, zeitlich und über ihre Lage war sie nicht orientiert, konnte die einfachsten Rechenaufgaben nicht ausrechnen und gab als Grund ihrer Aufregung an, daß die Leute über sie geredet hätten. An den Füßen waren leichte Ödeme, im Urin Spuren von Eiweiß. Die Pupillen waren anfangs weit und lichtstarr. Im Verlaufe von einigen Tagen kehrte die Erinnerung allmählich zurück. Die Patientin wurde klarer und freier in ihrem Wesen, blieb aber noch sehr kurz von Gedächtnis und leicht reizbar Nachdem sie ruhiger geworden war, wurde sie am 26. Februar 1905 gebessert nach Hause entlassen.

Im weiteren Verlauf stellten sich nun nach Angabe ihres Ehemannes erst sehr vereinzelte Krampfanfälle bei ihr ein, welche nach der Beschreibung ganz den Charakter von epileptischen hatten. Während ihrer zweiten Schwangerschaft wiederholten sie sich in der letzten Zeit alle vier Wochen und traten schwerer auf. Sie gingen mit Bewußtlosigkeit und Zuckungen am ganzen Körper einher, gingen anfangs schnell vorüber und ließen nur eine Ermattung und Erinnerungslosigkeit zurück. Nach den schwereren Anfällen während der letzten Zeit der Schwangerschaft war sie stundenlang verwirrt und aufgeregt und wußte nicht, wo sie war. Nach den Angaben des Ehemannes äußerte sie auch gelegentlich Einbildungen, von denen sie nicht abzubringen war. Da sie behauptete, heftige Wehen zu haben, wurde sie am 5. Februar 1907 in die geburtshilfliche Abteilung des städtischen Krankenhauses Charlottenburg aufgenommen. Dort bekam sie einen tobsuchtartigen Erregungszustand, drängte unbekleidet und gewaltsam fort und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Der anfangs eiweißfreie Urin wies erst schwachen, dann starken Eiweißgehalt auf. Der Genitalbefund ergab: Kopf über dem Becken, äußerer Muttermund für einen Finger durchgängig, Cervix geschlossen. Die operative Entbindung wurde von der Patientin verweigert. Am 9. Februar 1907 wurde

sie in hochgravidem Zustande in unsere Anstalt überführt. Der dirigierende Arzt der geburtshilflichen Abteilung im Krankenhause hatte seine Hilfe in Aussicht gestellt, falls die vorzeitige Entbindung notwendig werden sollte; dazu ist es aber nicht gekommen. Da die letzte Regel Mitte Mai eingetreten war, stand die Entbindung erst zwischen Mitte und Ende Februar zu erwarten. Die Kranke war gehobener Stimmung und erinnerte sich nicht an die Vorgänge im Krankenhause. An den Füßen bestanden leichte Ödeme, im Urin wurde Eiweiß nachgewiesen. Bei der inneren Untersuchung traten hysterische Züge, wie krampfhafte Atmung und Opistotonus, in die Erscheinung.

Wie bereits anfangs erwähnt, versetzte die Patientin den Arzt und die Umgebung wiederholt in den Glauben, daß ihre Entbindung unmittelbar bevorstand. Sie behauptete, anfallsweise starke Wehen zu haben, übertrieb ihre Schmerzen in maßloser Weise und ließ den Arzt wiederholt mehrere Nächte hintereinander rufen. Die innere Untersuchung ließ sie nicht mehr zu. Sie war dabei mißlaunig, reizbar und aufgeregt. Die Entbindung blieb aber zunächst aus. Am 13. Februar wurde sie vom Arzt in einem Zustand leichter Benommenheit aufgefunden, gab keine Antworten auf Fragen und bekam einige Minuten darauf einen typisch epileptischen Krampfanfall mit Bewußtlosigkeit, tonisch-klonischen Zuckungen an Armen und Beinen, bläulicher Verfärbung im Gesicht und Zungenbiß. Der Anfall dauerte etwa 2 Minuten. Hinterher blieb sie noch eine Zeitlang apathisch und hatte keine Erinnerung an den Anfall. Im weiteren Verlaufe brachte die Patientin allerlei unbegründete Klagen und Beeinträchtigungsideen zum Vorschein. Sie würde hier krank gemacht, man kümmere sich nicht um sie, man glaube ihr nicht, daß sie Wehen habe, sie würde hier schief angesehen, man spreche über sie Schlechtes, und anderes. Sie klagte über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Die Temperatur blieb normal. Die Wehen ließen in den nächsten Tagen nach, Kindsbewegungen waren deutlich zu spüren. Die Urinmenge war eine genügende. Der Puls hatte etwa 80 Schläge in der Minute, war kräftig, etwas gespannt, voll, setzte aber bisweilen etwa nach dem zehnten Schlage aus. Häufig hatte sie starkes Herzklopfen. Tatsächlich wurde infolge des blinden Lärms, welchen die Patientin häufig gemacht hatte, im entscheidenden Moment auf das Einsetzen der Wehentätigkeit in der Nacht vom 22. zum 23. Februar von der Pflegerin kein genügendes Gewicht gelegt. Die Geburt kam plötzlich und überraschend, verlief aber unter Beihilfe einer in der Geburtshilfe erfahrenen Pflegerin zunächst ohne Besonderheit. Da die Nachgeburt trotz einer Ergotineinspritzung und des *Crédé*schen Handgriffes nicht kam, wurde von dem damaligen Medizinalpraktikanten die manuelle Lösung der Placenta mit Erfolg ausgeführt. Die Placenta war vollständig und zeigte keine Infarkte. Der Damm blieb intakt, der Uterus kontrahierte sich gut. 12 Stunden nach der Geburt bekam die Patientin einen Krampfanfall.

Die Augäpfel sahen nach links oben, die Zuckungen begannen im Gesicht, ergriffen den linken Arm, das linke Bein, dann die rechten Extremitäten und gingen dann auf den ganzen Körper über. Sie waren klonisch-tonischer Art. Die Patientin hatte Schaum vor dem Munde und war stark zyanotisch. Der Anfall dauerte 3 Minuten. Die Patientin erholte sich wieder, die Zyanose wich, als 10 Minuten später ein zweiter Anfall folgte. Er begann mit einem initialen Schrei, war sonst aber wie der erste. Ihm folgten noch 7 weitere Anfälle, so daß die Patientin im ganzen 9 Anfälle innerhalb von $^{3}/_{4}$ Stunden hatte. Die Anfälle waren nachher von kurzer Dauer, aber sehr heftig. In den Zwischenpausen blieb die Krampfeinstellung der Augen bestehen, die Zyanose wich auch in den Pausen nicht mehr ganz, die Patientin hatte fortwährend Schaum, der nach dem 4. Anfalle blutig war, vor dem Munde. Der 4. und 7. Anfall waren mit einem Zungenbiß, der 2. und 7. Anfall mit einem initialen Schrei verbunden. Die Zuckungen begannen stets im Gesicht und endeten im rechten oder linken Arm. Stuhl oder Urin gingen während der Anfälle nicht ab, aber die Patientin blieb bewußtlos. Der Puls war etwa vom 3. Anfalle an klein, zählte 140 bis 160 Schläge und war unregelmäßig. Die Atmung war oberflächlich, nur ab und zu von tiefen Atemzügen unterbrochen und durch Speichelansammlung im Kehlkopfe sowie durch Zwerchfellkrämpfe stark behindert. Da sich ein Krampfstatus ausgebildet hatte, erhielt die Kranke eine Einspritzung von 5 dcmg Skopolamin und $1^{1}/_{2}$ cg Morphium. Chloralklysmen konnten wegen der ungünstigen Lage der Patientin nicht angewandt werden. Sie wurde außerdem $1^{1}/_{2}$ Stunden lang in leichter Chloroformnarkose gehalten. In dieser Zeit traten noch öfter Krampfstellung der Augen und zyanotische Verfärbung auf. Doch kam es nicht mehr zu einem neuen Krampfanfall. Wegen Stillstand der Atmung mußte verschiedene Male künstliche Atmung vorgenommen werden. Dabei besserte sich der Puls. Die Krampfstellung der Augen und die Zyanose wichen, und die Patientin schlief ein. Sie erwachte erst am nächsten Tage, war aber noch ganz benommen und verwirrt und erinnerte sich an nichts. Auch an den folgenden Tagen war sie noch nicht ganz klar. Das Wochenbett verlief normal. Das Kind, ein Mädchen mit kleinem Kopf, wurde vom Vater abgeholt. An der rechten Zungenseite waren Bißwunden von den Krampfanfällen zurückgeblieben. Nach einigen Tagen war die Patientin wesentlich ruhiger, klarer, zufriedener und zugänglich, schlief nachts gut und konnte am 7. März 1907 nach Hause entlassen werden.

Ihre dritte Aufnahme in unsere Anstalt erfolgte am 19. November cr. Es war der Begräbnistag ihres Mannes. Bei der Beerdigung hatte sie mehrere Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit erlitten und war im Anschluß daran in hochgradige Aufregung geraten. Die Patientin zeigte sich meist nicht richtig orientiert, sehr reizbar, zeitweilig plötzlich tobsüchtig erregt und aggressiv gegen ihre Umgebung, die sie verkannte. Sie wähnte ver-

giftet zu werden, verweigerte zeitweilig die Nahrung, hörte Stimmen, sah Gestalten und glaubte, daß die Leute über sie sprächen. Zeitweilig lag sie wie gebannt da und gab auf Fragen keine Antwort. Von ihren Wutausbrüchen hat sie nachher keine Ahnung. Der Schädel der Patientin ist asymmetrisch. Die linke Seite bleibt etwas gegen die rechte zurück. Die Reflexe sind gesteigert. Motilität und Sensibilität sind intakt. Der Puls ist leicht beschleunigt, Krampfadern sind an den Füßen; Patientin sieht blaß aus, hat zurzeit keine Ödeme. Der Urin ist sehr hell und enthält Spuren von Eiweiß und wenig hyaline Zylinder. Von Interesse erscheint mir bei der Patientin zunächst die Frage nach dem Charakter der Anfälle. Daß es sich nicht etwa um hysterische handelt, geht aus der beschriebenen Art derselben, namentlich der völligen Bewußtlosigkeit hervor. Es kommen nur urämisch-eklamptische bzw. epileptische in Frage. Allerdings unterscheidet sich der einzelne eklamptische Anfall nicht von dem epileptischen, und der gegen Ende der Gravidität in der Anstalt beobachtete Anfall sah ganz wie ein epileptischer aus. Für die eklamptische Natur der Anfälle sprechen aber Gravidität und Puerperium, ferner die Nephritis. Zwar kommt nach gehäuften epileptischen Anfällen auch Eiweiß vor, aber selten und in geringen Mengen, während hier zeitweilig ein stärkerer Eiweißgehalt im Urin nachgewiesen wurde. Ferner ist die Tatsache zu berücksichtigen, daß vor dem Puerperium epileptische Anfälle nicht vorgekommen sind. Die diesbezüglichen bestimmten Angaben der Patientin wurden durch ihren Ehemann und Nachforschungen bei ihrem Vater, ihrem Lehrer und ihren Dienstherrschaften bestätigt. Epileptische Anfälle kommen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes nur selten vor, und wenn sie auftreten, bleibt es in der Regel bei einem oder wenigen Anfällen. Wohl sind in einigen Fällen in der Literatur epileptische Anfälle zum ersten Male in oder nach Geburt verzeichnet (*Ahlfeld*, Lehrbuch der Geburtshilfe S. 208; *Hoppe*, Archiv für Psychiatrie Bd. 26; *Behr*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 56). Doch ist die Häufung der Anfälle bei den Epileptischen selten im Beginn der Erkrankung hervorgetreten. Endlich spricht der baldige Verfall in lange anhaltendes Koma für Eklampsie. Gegen diese ist das Auftreten der Krämpfe am 9. Tage des ersten Wochenbettes nicht zu verwerten. In einem Falle von *Hoppe* begannen die eklamptischen Krämpfe erst am 8. Tage, in einem von *Steele* erst am 14. Tage nach der Geburt. Ist es danach höchst wahrscheinlich, daß die Krampfanfälle, welche im Wochenbett aufgetreten sind zur Eklampsie zu rechnen sind, so können die späteren Anfälle, welche sich von Zeit zu Zeit wiederholt haben und schon vor der zweiten Gravidität aufgetreten sind, auf Epilepsie bezogen werden. Es wäre denkbar, daß hier neben den eklamptischen epileptische Anfälle einhergehen. Bei dem Fortbestand der Nephritis könnten diese Krämpfe allerdings auch durch urämischen Ursprung erklärt werden. Ebenso wie bei den Anfällen selbst eine große Ähnlichkeit mit den epileptischen

besteht, so ist es auch mit der Psychose der Patientin. Vor allem gilt dies von den periodischen Schwankungen des psychischen Gleichgewichts, die zu leichteren oder schweren Bewußtseinstrübungen geführt haben. Auch die attackenweis einsetzenden heftigen halluzinatorischen Verwirrtheits- und Aufregungszustände, welche von Amnesie gefolgt sind, gleichen epileptischen Dämmerzuständen. Der reizbare Charakter, Gedächtnisschwäche und Urteilsmangel haben sich bereits ausgebildet. Auf die Ähnlichkeit der Seelenstörungen nach Eklampsie mit dem postepileptischen Irresein hat *Hoppe* bereits hingewiesen. Von Interesse erscheint, daß die psychischen Krankheitsphasen fast jedesmal mit Gravidität bzw. dem Puerperium verknüpft sind. Für gewöhnlich klingen zwar die Psychosen mit Eklampsie in wenigen Wochen ab, in einzelnen Fällen sind aber auch länger dauernde Erkrankungen beschrieben worden. Meist handelt es sich um Zustände, welche unter der Form der akuten halluzinatorischen Paranoia auftreten (Vgl. *Ziehen*, Psychiatrie). In ätiologischer Hinsicht kommen auf dem Boden der hereditären Belastung durch den Alkoholismus des Vaters die Veränderung der Blutzusammensetzung und der Zirkulation in Gravidität und Wochenbett, die Nephritis und mangelhafte Ernährung in Betracht, beim letzten Ausbruch der Erkrankung auch Gemütserregung durch den Tod des Ehemannes. Es handelt sich um eine Intoxikationspsychose. Was die Therapie anlangt, so mag es richtig sein, daß bei schneller Entbindung die Mortalität eine weit geringere ist, was Herr *Bumm* kürzlich in einem Aufsatz in der Deutschen medizinischen Wochenschrift hervorgehoben hat. In unserm Falle war eine dringende Indikation zur künstlichen Entbindung schon deshalb nicht vorhanden, weil in der Geburt selbst Anfälle nicht beobachtet wurden, dieselben erst vielmehr im Anschluß an die Entbindung im Wochenbett auftraten. Andererseits lehnte die Patientin die operative Entbindung ab. Die Ansichten über den Nutzen der Narkotica bei der Eklampsie weichen voneinander ab. Längere Zeit wurden sie empfohlen, da sie den als Ursache der Eklampsie supponierten Gefäßkrampf der Gehirn- und Nierengefäße lösen sollen. Herr *Bumm* widerrät dieselben, sie hätten verschlimmernde Wirkung, indem sie Herzkraft und Atmung schwächten und damit den Eintritt des Lungenödems einleiteten. In unserm Falle haben die Narkotika jedenfalls die weiteren Krampfanfälle verhindert und dadurch günstig gewirkt, dahingegen bestätigt der Fall die von *Bumm* betonte Bedeutung der künstlichen Atembewegungen neben der Notwendigkeit, die Luftwege vom Schleim zu reinigen, wodurch es schon oft gelungen ist, Frauen, welche dem Tode nahe zu sein schienen, wieder zu retten.

Diskussion. — *Moeli* fragt, ob beim ersten Krankheitsanfall neuritische Erscheinungen vorhanden waren.

Edel verneint dies.

O. Juliusburger-Steglitz: Beitrag zur Lehre von der Psychoanalyse.

Wenn ich die folgenden Ausführungen angekündigt habe als Beitrag zur Lehre von der Psychoanalyse, so wollte ich heute nicht eine eingehende Erörterung der ganzen in Betracht kommenden Lehre geben, wie sie in den Arbeiten von *Freud*, *Bleuler*, *Bezzola*, *Jung*, *Abraham* und andern Forschern niedergelegt sind; ich nenne noch die Arbeit von *Muthmann* und ganz besonders die jüngst erschienene Arbeit von *Groß*. Ich wollte nur durch den Hinweis auf die Lehre von der Psychoanalyse im allgemeinen die Richtung angeben, in der sich meine Ausführungen bewegen werden. Die Anschauungen auf diesem Gebiete schwanken ja noch hin und her; man kann sagen: von der Parteien Gunst und Haß getragen. Ich glaube, daß es daher gerechtfertigt ist, wenn man auch einzelne Fälle mitteilt, welche geeignet sind, einen Beitrag zu dem Gegenstande, welcher in Erörterung steht, zu bringen. —

Mich suchte eine 22 jährige Dame auf, welche mir klagte, daß sie den unwiderstehlichen Zwang habe, Schmucksachen, Steine und Ringe zu stehlen; auf meinen Rat ließ sich die Kranke in das Sanatorium Berolinum zur Beobachtung aufnehmen. Es ergab nun die eingehende psychische Untersuchung folgendes: Die Patientin war anfangs 1906 in ihrer Heimatstadt mit einem Theaterdirektor bekannt geworden; dieser Herr zeigte wiederholt dem Fräulein Goldsachen und Steine und versprach auch, ihr einen Diamantring zu schenken, falls sie seine Geliebte würde. Eines Tages besuchte ihn die Dame, um sich von ihm Karten zum Theater zu holen; hierbei fand sie ihn Sekt trinkend; sie folgte seiner Einladung und trank gleichfalls ein Glas Sekt und ließ sich dabei vom Direktor einen Brillantring an den Finger stecken, den er aber ihr bald wieder abnahm mit den Worten: „Nachher." Diesen Ring hatte die Patientin schon lange Zeit vorher an der Hand des Direktors gesehen; er zog sie mächtig an — wie sie sagte, — und um des Ringes und der Steine wegen verkehrte sie im Hause des Direktors; auf der Straße konnte sie sich mit ihm nicht sehen lassen, weil er in einem schlechten Rufe stand. Patientin war bei dem Direktor eine Stunde gewesen; sie gab mir an, obwohl sie seit einiger Zeit mit einem sehr angesehenen Manne verlobt gewesen sei, habe sie lediglich aus Sucht nach den Steinen und dem Brillantringe sich dem Direktor hingegeben. Anfangs wollte er ihr nach dem sexuellen Verkehre den Ring nicht geben; während sich das Fräulein anzog, war er im Bette liegen geblieben und war schließlich eingeschlafen. Bei dieser Gelegenheit nahm das Fräulein den dem Direktor gehörigen Ring und auch Steine mit. In ihrem Besitze lief sie nach ihren eigenen Worten wie eine Wahnsinnige durch die Stadt: „Ich war im Besitze der Sachen, nach denen ich monatelang getrachtet hatte. Wo Licht war am Schaufenster und Laternen brannten, blieb ich stehen und sah den Ring an; ich freute mich sehr darüber. Als ich nach Hause kam, zeigte ich den

Eltern, Geschwistern und meinem Schwager die Sachen; auf die Frage, woher ich sie habe, war ich ganz verblüfft; ich lief einfach zur Türe hinaus und zu meiner Schwester. Die Mutter fragte, ob Patientin sich verlobt hätte, was Patientin bejahte, und sie nannte auch einen fingierten Namen. Patientin machte allerlei Ausreden, daß der Verlobte nicht erschiene; er wäre verreist, sei in einer Bank angestellt. Am 6. April 1906 — am 26. März war das Ereignis mit dem Direktor — ließ Patientin Verlobungskarten drucken; um sie zu bezahlen, versetzte sie einen Stein. Die Karten wurden auch versandt. Vierzehn Tage später wandte sich der Bruder der Dame nach Berlin an die Zentrale der Bank und erfuhr dadurch, daß ein Angestellter des von der Schwester genannten Namens nicht existiere. Inzwischen zeigte der Direktor den Diebstahl an und bezichtigte desselben die Patientin. Vier gestohlene Steine trug sie im Munde, den Brillantring im Strumpfe. Am 12. April verkaufte sie den Ring, weil sie befürchtete, ihn nicht länger aufheben zu können, während sie die Steine behielt. Durch Unvorsichtigkeiten wurde Patientin als die Diebin erkannt und später zu vier Wochen Gefängnis verurteilt.

Meine weitere Untersuchung ergab folgende Antezedentien: Die Patientin gab an, als Kind von 9 Jahren habe sie für etwa 65 M. Schokolade gekauft bei einem der Familie bekannten Kaufmanne, der ihr Kredit gegeben habe. Die Schokolade verkaufte sie dann wieder weiter und verschaffte sich mit dem Gelde Ringe und Broschen. In andern Geschäften kaufte sie Butter, Eier, Kaffee und dergleichen; das Geld dafür ließ sie wieder aufschreiben und verkaufte die Gegenstände wiederum, um durch den Erlös in den Besitz von Schmuck zu kommen. Wie die Kranke sagte, kam die Sache immer heraus; sie bekam Prügel, tat es aber immer wieder. Als besonders bedeutsam hebe ich nun folgende Geschehnisse hervor: Die Patientin erzählte, wenn sie als kleines Mädchen nicht in die Verwahrschule gehen wollte, habe die Mutter als Lockmittel ihr eine unechte Kette um den Hals gelegt; dann sei Patientin gegangen. Als fünfjähriges Mädchen sei sie von einer Frau, welche lange, goldene Ohrringe und an den Fingern Ringe getragen habe, sexuell verführt worden. Sechs Jahre alt sei sie von einem Arbeiter, welcher ihr eine glänzende Uhr in die Hand gegeben habe, an die Geschlechtsteile gefaßt worden. „Soweit ich zurückdenken kann," gab die Kranke an, „traten bei mir geschlechtliche Erregungen auf, sofern ich Steine und goldene Sachen von Verwandten versprochen bekam, auch wenn ich vor einem Schaufenster stand, wo Sachen ausgestellt lagen; auch nach Geld hatte ich Sucht. Ich ließ mir Kleingeld wechseln, um die ganze Hand voll zu haben; nur besitzen, nicht ausgeben; es erregte mich sinnlich, das Geld in der Hand zu haben. Wenn ich Steine, Gold oder Schmuck hatte, nahm ich es schon als Kind ins Bett. Im Pensionat nahm ich den Mädchen Geld und Goldsachen weg — was ich bekommen konnte. Es wurde natürlich entdeckt und mir abgenommen." Auch nach dem Diebstahl bei dem Direktor konnte die Kranke dem Triebe, zu stehlen,

nicht widerstreben. „Ich wußte, daß es immer wieder herauskam, ich hatte mich aber so wahnsinnig gefreut, daß ich die Sachen hatte, und in dieser Freude verriet ich mich"; sie sehe wohl ein, daß sie ein Unrecht begangen habe, aber sie befürchte, der Erregung und Versuchung wieder aufs neue zu erliegen. Während einer Unterredung mit der Kranken hatte der Referent eine goldene Uhr auf den Tisch gelegt; alsbald wurde Patientin unruhig und gab auf Befragen an, durch den Anblick der Uhr sei sie geschlechtlich erregt worden. Die eingehende Untersuchung hatte somit ergeben eine Beziehung zwischen dem Sexualleben der Kranken und gewissen Schmuckgegenständen; es konnte mit Recht die Annahme gemacht werden, daß die Determination hierzu im Kindesalter der Kranken stattgefunden habe. Die verhängnisvolle Assoziation wurde durch die beiden eben angegebenen sexuellen Erlebnisse geschlossen. Ich glaube aber, daß diese Erklärung zur vollen Gewißheit erhoben werden kann durch folgenden Einblick in das Seelenleben der Kranken. In Gegenwart meines Freundes, des Hofrats *Stein* aus Budapest, wurde die Methode von *Bezzola*[1]) angewendet, wie er sie in seiner äußerst wertvollen Arbeit zur Analyse psychotraumatischer Symptome angegeben hat. Die Kranke legte sich auf eine Chaiselongue, der Arzt legte die Hand auf die Stirn der Kranken und forderte sie auf, an nichts zu denken, aber genau aufzupassen, ob etwas vor die Augen trete, oder ob sie sonst eine Wahrnehmung oder Empfindung bekommen werde. Was sich jetzt mit der Kranken abspielte, muß man eben mit eigenen Augen gesehen haben; die einfache Wortwiedergabe genügt nicht. Man konnte auf das deutlichste sehen, wie die Kranke allmählich alle jene Szenen, alle jene Erlebnisse, die ich oben erwähnt hatte, vollständig neu durchlebte, ohne daß irgendeine Suggestion ausgeübt wurde. Direkt sinnfällig erhellten die sexuellen Beziehungen zu der Sucht nach den Schmucksachen; sobald die Patientin in den vermeintlichen Besitz der Schmucksachen kam, offenbarte sie einen hochgespannten Sexualismus. Äußerst charakteristisch ist das Verhalten der Patientin in der Situation mit dem Direktor; sie zeigt Abscheu und Ekel, läßt den vermeintlichen Koitus nur gewähren, weil sie für die von ihm in Aussicht gestellten Schmucksachen eine Gegenleistung zu geben sich verpflichtet fühlt; als sie nach dem Einschlafen des Direktors die Schmucksachen an sich genommen hatte, geriet sie in eine wahre sexuelle Leidenschaft und erzählt jetzt zum ersten Male, wie sie aus dem Schlafzimmer des Direktors mit den Steinen und dem Ringe in den Salon gegangen sei, sich hier auf einen Teppich geworfen und nun erst „geliebt" habe. Bemerkenswert für die Transformation der sexuellen Wünsche und Gegenstände ist eine durchlebte Szene der Kranken vor der Szene mit dem Direktor; sie sieht sich in einem Zirkus, erblickt Hengste mit goldenen Ketten und Steinbehängen und zeigt hierbei die Äußerungen

---

[1]) Journal für Psychologie und Neurologie, Band 8, 1907.

starker sexueller Erregungen. Am Ende der Sitzung wird Patientin eingeschläfert unter beruhigenden Suggestionen. Beim Erwachen bricht sie in Weinen aus, weil sie vor einem der anwesenden Ärzte, den sie nicht erkennt, erschrickt; nach einiger Zeit erkennt sie ihn aber wieder, entschuldigt sich wegen des Weinens und wundert sich, warum sie auf dem Sopha gelegen habe, und warum die Herren hereingekommen wären, ohne sie zu wecken. Am andern Tage wird Patientin gefragt, was sie getan habe, als sie das Schlafzimmer des Direktors verlassen habe. „Warum fragen Sie mich danach“, äußerte Patientin und gibt nun ganz summarisch an, daß sie in eine sexuelle Erregung geraten sei. — Aus allem diesen geht hervor, daß die Analyse nach *Bezzola* in unserm Falle eine äußerst wertvolle und fruchtbare Ergänzung der allgemeinen psychischen Analyse gegeben hat. Was aus den früheren Angaben der Patientin nur erschlossen werden konnte, das konnten wir sie unter unsern Augen frisch durchleben sehen; ohne jede Suggestion stiegen die bedeutsamen Erlebnisse der Patientin aus ihrem Innersten herauf; die Analyse nach *Bezzola* stellte die wichtigen Erlebnisse aus der Kindheit mit den sexuellen Traumen in ihrer ganzen Kraft und Farbenfrische dar; man konnte sich ganz sinnfällig von ihrer determinierenden Bedeutung für das Seelenleben der Kranken überzeugen. Man mußte zu der Einsicht kommen, daß sie nach dem sehr bezeichnenden Ausdrucke *Abrahams* einen formgebenden Einfluß auf die Krankheit ausgeübt haben. Das kleptomanische Symptom in unserm Falle, wenn es gestattet ist, das verpönte Wort zu gebrauchen, läßt sich zurückführen auf die determinierende Kraft sexueller Traumen; und ich verweise in dieser Hinsicht auf die eben erschienene ausgezeichnete Schrift von *Groß* über das *Freud*sche Ideogenitätsmoment, worin die Analyse nach *Freud* gleichfalls die sexuelle Genese des kleptomanischen Symptomes erschloß. — Ich gehe dazu über, in kurzem über einen zweiten Fall zu berichten. Ein 27 jähriger junger Mann gab mir an, etwa im Oktober vorigen Jahres die Wahrnehmung gemacht zu haben, daß die andern Männer nicht solch eine häßliche Nase hätten wie er; er habe einen Buckel auf der Nase und eine lange Nase; darum sähen ihn auch die Leute, besonders die Mädchen, gar nicht an; er sah, daß die Mädchen andere junge Männer ihm vorzogen; er habe sich gesagt, die Sache ist gar nicht so schlimm; es sei doch Blödsinn, das zu denken, da sei ihm das Wort „wahr“ vorgekommen; dieses Wort habe er vorgeschrieben gesehen in deutscher Schrift, wenn auch etwas verschwommen, aber deutlich genug. Immer kam das Wort vor, wenn er sich sagte, daß alle die Gedanken wegen der Nase sinnlos seien. Im Dezember kamen ihm die Worte vorgeschrieben: „Je schöner ein Mädchen ist, um so mehr muß man es lieben.“ Diese Worte waren auch vorgeschrieben, deutsch; er habe sich gesagt, das sei Blödsinn; da habe er wieder das Wort „wahr“ vorgeschrieben gesehen. Im Februar 1907 kam dem Kranken der Gedanke: „Je schöner ein Mädchen, um so mehr muß ich es lieben.“ Auch dieser Gedanke erschien ihm vor-

geschrieben. Der Kranke gab an, der Gedanke beherrsche ihn, jeder Mensch könnte eine schönere Frau haben; auch diese Worte kamen ihm vorgeschrieben; er sehe ein, daß dies alles nur unsinnige Gedanken seien, aber er sei sie nicht losgeworden, sie drängten sich immer wieder ihm auf. Dann kamen Vorstellungen wie: „Mein Vater hätte eine schönere Frau haben können." Dann sei er auf schlechte Gedanken gekommen, wie krepieren, was er auch vorgeschrieben sah. Dieses Wort bezog sich auf seine Mutter, weil sein Vater eine schönere Frau hätte haben können. Nun wurde der Kranke sehr deprimiert, er machte sich Gedanken, daß er ein schlechter Mensch sei, weil er so etwas über seine Mutter denke; er dachte darüber nach, was seine Mutter ist, und wie er sie ehren müßte, da kam ein unanständiges Wort; er sah es deutlich vorgeschrieben. Dann kam die Vorstellung: Mutter soll sterben, Bruder soll sterben, nur wegen der Vorstellung, jeder hätte eine schönere Frau haben können. Wenn er ein Mädchen sehe, komme ihm die Vorstellung: „Nicht in die Hand; schöner muß sie sein." Vor acht Jahren hatte der Kranke nach seinen Angaben genau denselben Zustand gehabt, welcher nach drei Monaten völlig gewichen sei. Ich will noch bemerken, daß er mir erzählte, daß er im 16. Lebensjahre durch Gespräche mit einem Freunde in seinem religiösen Leben sehr erschüttert wurde und ihm Zweifel an dem Dasein Gottes gekommen wären. Die psychische Analyse nach *Bezzola* zeigte gleich in der ersten Sitzung, daß der Kranke in fast allen Bildern, die er sah und äußerst sinnfällig wiedergab, Situationen mit Damen schilderte, die intensiv sexuelle Färbung zeigten. Auch in der folgenden Sitzung fiel die häufige Wiederkehr von Damen in den Gesichtsbildern auf; ein andermal zeigte die Analyse, daß auffallend oft in den Bildern ein Wald und ein Fluß wiederkehrten, und bald darauf ergab die Exploration, daß der Patient öfters in der Kindheit seine Schwester bei dem Urinieren vor dem Schlafengehen überraschte. Es scheint mir dieses Jugenderlebnis in dem Bilde von dem Walde und dem Flusse seine Transformation erfahren zu haben. Des weiteren erzählte der Kranke, daß ihn der Anblick der Schwester, wenn diese schrieb, sexuell sehr erregte, so daß er sich in den Keller schlich und onanierte. In bedeutsamer Weise ergaben spätere Analysen nach *Bezzola,* daß nun wiederholt in den Bildern auch die Schwester des Kranken erschien; er sieht sie schreiben, und es kommt zum entsprechenden sexuellen Ausdrucke. Auch in diesem Falle hat die psychische Analyse nach *Bezzola* wertvolle Aufschlüsse ergeben; sie zeigte in sehr plastisch auftretenden Bildern die Bedeutsamkeit sexuellen Lebens für den Kranken, der zweifellos sich stark sexuell „auslebte", und dessen seelische Konstitution durch das sexuelle Leben eine schwere und nachhaltige Erschütterung erfuhr. Die Zwangsvorstellung: „Je schöner ein Mädchen, um so mehr muß man es lieben" usw. hat offenbar einen sexuellen Untergrund. Man kann in dieser Zwangsvorstellung vielleicht den Ausdruck des sexuellen Suchens, eines ungezügelt vagierenden Sexualtriebes

sehen; es ist aber auch möglich, daß schon in der Jugend diese Vorstellung als Gegenvorstellung zu dem unziemlichen Verhalten des Kranken zur Schwester konzipiert und im Unterbewußtsein deponiert wurde, aus welchem sie dann später bei besonders günstiger seelischer Konstellation ins Oberbewußtsein steigen konnte. Die Erscheinung mit der Nase fasse ich als einen sexuellen Symbolismus auf; zwischen Geruch und Sexualleben können ja nahe Beziehungen bestehen. Zurückgreifen will ich noch auf die Erscheinung, daß der Kranke seine Zwangsvorstellung vorgeschrieben sah und daß ihn als Kind seine schreibende Schwester sexuell erregt hat. Dieses Jugenderlebnis erschien dann wieder in den Bildern der Analyse; man kann wohl unschwer sagen, daß bei unserem Kranken in seiner Jugend eine innige Assoziation sich gebildet hatte zwischen seiner Sexualsphäre und einer Gruppe von Schreibvorstellungen. Wenn nun später auf sexuellem Grunde Vorstellungen auftauchen und demzufolge stark affektbetont werden, so wird leicht von diesem Energieüberfluß ein Anteil abströmen auf nahestehende Gebiete und zur Erregung besonderer Affinitäten führen. Eine solche Affinität liegt von der Jugendzeit her in der Gruppe der Schreibvorstellungen. Auf diese Weise könnten wir uns verständlich machen, wie bei unserem Kranken der eigenartige Mechanismus zustande gekommen ist, der uns sonst nur als blindes Ungefähr, als reine Willkür erscheinen müßte. In unserem Falle nehme ich also an, daß ein sexuelles Jugendtrauma, wie *Abraham* sich ausdrückt, eine formgebende Kraft auf die Symptomatologie ausgeübt hat. In meiner früheren Arbeit über Zwangsvorstellungen hatte ich angegeben, daß in dem betreffenden Falle ein tatsächliches Erlebnis zugrunde lag und mit der Krankheit in engerer Verbindung stand; auch hatte ich auf die Bedeutung sejunktiver Prozesse hingewiesen. Ich will hier nicht auf die Frage eingehen, ob in allen Fällen von Zwangsvorstellungen nicht jedesmal als Kern irgendwelche affektvollen Erlebnisse zugrunde liegen und namentlich als determinierende Kräfte symptomatologisch wirken; auch will ich heute nicht weiter an die theoretische Erörterung der psychischen Analyse nach *Bezzola* herantreten; es lag mir nur daran, auf ihre Bedeutung hingewiesen zu haben. Mit *Bezzola* sehe ich nicht die Sexualität als Grundätiologie an, wohl aber muß ich mit ihm die Bedeutung der Sexualität als mächtiger Gefühlsquelle für die Entwicklung von Neurosen und, wie ich hinzufügen möchte, psychischen Störungen hervorheben. Ich will noch kurz bemerken, daß mir die *Bezzola*sche Methode wertvolle Aufschlüsse gab auch bei der Analyse traumatischer Neurosen und der damit verbundenen psychischen Störungen. Ich glaube auch, daß die Methode schätzenswert sein wird bei der Analyse von Fällen manisch-depressiven Irreseins. In letzter Hinsicht verweise ich auf die jüngst erschienene sehr bedeutsame Arbeit von *Groß*: Das *Freud*sche Ideogenitätsmoment und seine Bedeutung im manisch-depressiven Irresein. Ich habe auch die Überzeugung gewonnen, daß die Ausprägung des zirkulären Geschehens durch ideogene Prozesse

von hervorragender Bedeutung ist. Meiner Ansicht nach hat *Bezzola* den glücklichen Versuch gemacht, *Wernickes* Anschauungen von den Störungen sekundärer Identifikation mit den *Freud*schen Anschauungen zu verbinden. *Groß* geht von *Wernickes* grundlegender Sejunktionslehre aus und knüpft dessen fruchtbringende Auffassung hierüber an die psychologische Mechanik *Freuds* an. Auch ich glaube, daß durch die Verbindung dieser beiden Denkweisen neue Einblicke in den Mechanismus der psychischen Störungen gewonnen werden können. Ich will aber noch besonders hervorheben, daß die Psychoanalyse im allgemeinen und *Bezzolas* Methode im besonderen unentbehrliche Hilfsmittel sind, um den Boden des Seelenlebens zu lockern und verborgene Triebkräfte an den Tag treten zu lassen.

Zum Schluß spreche ich auch an dieser Stelle meinen sehr verehrten Chefs, Herrn Dr. *James Fraenkel* u. Herrn Dr. *Oliven*, für die gütige Überlassung der Fälle meinen herzlichen Dank aus.

Diskussion. — *Liepmann*-Dalldorf: In dem ersten der beiden interessanten Fälle kann ich nichts erkennen, was uns nötigte, die *Freud*sche Lehre heranzuziehen. Es handelt sich nicht um ein verdrängtes, ins Unbewußte getretenes sexuelles Erlebnis und einen Ersatz desselben durch ein pathologisches Symptom, dessen Zusammenhang mit dem sexuellen Trauma erst durch die Psychoanalyse aufgedeckt würde, sondern um einen vollkommen im Lichte des Bewußtseins sich abspielenden Vorgang: eine in der Kindheit erlittene geschlechtliche Erregung geht eine feste Assoziation ein mit dem gleichzeitigen Anblick von Schmuck. Damit überträgt sich für die Folge auf Schmuck und Edelsteine die Wirkung geschlechtlicher Erregung: der bekannte Mechanismus also, durch den der Fetischismus überhaupt zustande kommt. Es liegt hier also nichts von den Konversionen des ins Unbewußte Gesunkenen in Zwangsvorstellungen oder Zwangstrieb vor.

Wenn der Herr Vortragende mit andern Anhängern *Freuds* jetzt nur die „formgebende" Rolle sexueller Jugenderlebnisse betont, so ist das wohl in gewissem Umfange anzuerkennen. Das ist aber nicht mehr die ursprüngliche, Aufsehen erregende Lehre *Freuds*, wonach diese Erlebnisse die Ursache der Erkrankung abgeben sollten.

Gewiß spielt das Geschlechtliche eine ebenso ungeheure Rolle im Pathologischen wie im Normalen, aber das wußten wir, wobei durchaus anerkannt werden soll, daß durch *Freud* trotz vieler Übertreibungen der Blick für feinere und geheimere Zusammenhänge des Pathologischen mit dem Erotischen geschärft worden ist.

Schuster-Berlin weist im Anschluß an den Vortrag des Herrn *Juliusburger* auf eine von ihm kürzlich gemachte Beobachtung hin. Der Fall ähnelte dem ersten von Herrn *Juliusburger* berichteten Fall insofern, als auch hier ein Erlebnis in dem Kindesalter bestimmend für eine spätere sexuelle Besonderheit war. Dem zweiten von Herrn *Juliusburger* refe-

rierten Fall glich die Beobachtung *Sch.*s hinsichtlich der Eigenart der Störung. Es handelt sich um eine junge Dame von ungefähr 25 Jahren, welche mit allgemeinen nervösen Beschwerden in Behandlung kam. Die Patientin gab sofort an, früher masturbiert zu haben und auch einmal einen Abort gehabt zu haben. Später vertraute sie ein sie besonders quälendes Symptom dem Arzte an: Sobald sie kleine Kinder schreien höre, verspüre sie eine sehr starke geschlechtliche Erregung in den Genitalien. Nachts im Traum höre sie gleichfalls oft Kinder schreien, während sie eine Pollution habe. Zur Erklärung dieser sonderbaren Erscheinung gab die Kranke, ohne daß von seiten *Sch.*s der Versuch einer Psychoanalyse gemacht worden war, an, sie glaube, daß das eigentümliche sexuelle Phänomen darauf zurückzuführen sei, daß sie als kleines Kind in der Schule immer dann eine geschlechtliche Erregung verspürt habe, wenn andere Mädchen gezüchtigt worden wären. Die Patientin sprach dann weiter den Verdacht aus, daß sie sadistisch veranlagt sei.

Ziehen betont das große Interesse, welches sich an den ersten Fall knüpft. Er faßt ihn ebenfalls als einen Fall von Schmuckfetischismus auf, wie er in leichteren Graden sehr verbreitet ist. Die Häufigkeit von weit zurückliegenden Assoziationen — Intentionspsychosen im Sinne von *L. Meyer* — ist sicher zuzugeben. Das Nachwirken solcher Assoziationen ist bald bewußt, bald unbewußt. Oft bringt der Zufall dem Kranken die bezügliche Assoziation wieder in die Erinnerung. *Z.* fragt außerdem den Vortr., ob bei der Patientin auch jetzt noch forensische Interessen in Frage kommen.

Juliusburger bejaht dies.

Paul Bernhardt-Dalldorf. Daß man an dem Leitfaden *Freud*scher Gedankengänge möglicherweise zu unterbewußten Wurzeln geistiger Krankheitserscheinungen gelangen kann, ist nicht ganz unwahrscheinlich. Mir ist es zwar noch nicht gelungen. Ich habe aber vor Jahren eine Beobachtung gemacht, die für den e i n e n *Freud*schen Grundgedanken, nämlich für die Konversion sexueller Erregung in Angst als Krankheitsursache ein Beleg ist. Ich will den Fall kurz vortragen, obwohl er sich durchaus im Lichte des Bewußtseins entwickelt hat und auch nicht in die Kindheit zurückführt: Eine etwa 25 jährige Näherin, mit mancherlei hysterischen Symptomen behaftet, aber schlicht und unvoreingenommen, erbat ganz spontan, zögernd, Hilfe gegen folgende Beschwerde: Bei jedem Ärger, namentlich aber, wenn sie sich dabei ängstige, zum Beispiel, wenn sie sich zu verspäten fürchte und laufen müsse, so gerate sie in eine geschlechtliche Aufregung, die völlig der Empfindung der Kohabitation gleiche und mit einem Schleimverlust ende. Libido und Voluptas dabei entschieden und stets fehlend! Wenn es der Person — bisweilen — gelang, den Orgasmus im Entstehen niederzukämpfen, so traten dafür andere Mißgefühle ein, Ohrensausen, Schwäche und Arbeitsunfähigkeit für den

Rest des Tages. Der Zustand sei erstmals vor Jahren aufgetreten, als ihre Angehörigen sie wegen ihres Verlobten ausschalten und sie ihren Ärger unterdrückt habe. „Hätte ich mich damals ordentlich ausgeschluchzt“ — so sagte sie mir wörtlich — „so wäre es wohl nicht wiedergekommen, so aber muß die Wut wohl noch in meinem Körper stecken.“

Moeli verweist auf die Entstehung mancher Fälle von Exhibitionismus, wobei zwei zufällige Ereignisse im hellen Bewußtsein auf sexuellem Gefühlswege derart verbunden werden, daß später diese gefestigte Verbindung das sexuelle Handeln erheblich beeinflußt.

Juliusburger (Schlußwort): Wenn ich Herrn Geheimrat *Ziehen* richtig verstanden habe, so wollte er andeuten, daß die Kranke ein Interesse hatte, die Dinge so darzustellen, wie sie es mir gegenüber getan hat. Ich bemerke, daß erst eine eingehende Exploration die Kranke dazu gebracht hat, ihre Erlebnisse mir mitzuteilen. Aber gerade als wertvolle Ergänzung hierzu und wichtiges Hilfsmittel erschien mir die *Bezzola*sche Methode, und damit komme ich zugleich auf die Bemerkung des Herrn Prof. *Liepmann* zu sprechen. Die *Bezzola*sche Methode enthüllte mir erst die determinierende Bedeutung der sexuellen Erlebnisse im Seelenleben der Kranken. Wie ich schon im Vortrage hervorhob, mußte man die Kranke während des *Bezzola*schen Versuches sehen, wie sie alle jene Erlebnisse frisch durchlebte. Da schwand mir auch der letzte Zweifel an der Objektivität und determinierenden Bedeutung der Erlebnisse. Dazu kamen während des *Bezzola*schen Versuches typische sexuelle Transformationen, Symbolismen, die von der Patientin nicht willkürlich gemacht werden konnten, sondern aus dem Innersten des Seelenlebens aufgestiegen sein mußten. Gerade die forensische Seite meines Falles zeigt mir den Wert und die Unentbehrlichkeit der *Bezzola*schen Methode.

Ziehen: Über die klinische Stellung der Angstpsychose.

Vortr. gibt zunächst eine Darstellung der historischen Entwicklung des Begriffs der „Angstpsychose“ und „Angstneurose“ und erörtert dann die Frage, ob wirklich eine Angstpsychose im Sinne *Wernicke*s existiert. Im Gegensatz zu *Wernicke* führt er aus, daß kein Anlaß vorliegt, die als Melancholia agitata bezeichneten Krankheitsbilder von der Melancholie loszulösen und einer besonderen Angstpsychose zuzuweisen. *Wernicke* kam offenbar zu dieser Loslösung namentlich deshalb, weil er für die Melancholie die rein psychische Afunktion als charakteristisch betrachtete, eine Auffassung, welcher nicht zugestimmt werden kann. Überdies verwickelt sich *Wernicke* selbst bei der Darstellung dieser Fälle und ihrer Abgrenzung gegen die Melancholie in Widersprüche, indem er an der einen Stelle (Grundriß der Psychiatrie S. 242) den Nachweis von allopsychischen Angstvorstellungen oder Beziehungswahnvorstellungen als entscheidend für die Angstpsychose und gegen die affektive Melancholie

anführt und an anderen Stellen einen Fall von Angstpsychose mit ausschließlich autopsychischen Angstvorstellungen anführt und die Angstpsychosen sämtlich den Autopsychosen zurechnet (Krankenvorstellungen, H. 1, S. 107 und H. 2, S. 106). Ebensowenig liegt ausreichende Veranlassung vor, die mit Angst verlaufenden Fälle der akuten halluzinatorischen Paranoia bzw. Amentia und die Übergangsfälle zwischen dieser und der Melancholie einer besonderen Angstpsychose zuzuweisen. Erst recht ist dies unzulässig bei den Angstzuständen, wie sie im Verlauf der Dementia paralytica, D. hebephrenica, D. senilis, des zirkulären Irreseins usf. auftreten. Trotzdem bleibt, wie Vortr. mit Beispielen belegt, eine kleine Zahl von Fällen übrig, für welche wirklich in der seitherigen Klassifikation kein Platz bleibt, und für welche der Name Angstpsychose eventuell zuträfe. Von der Melancholie unterscheiden sich diese Fälle durch das Fehlen der kontinuierlichen Depression, von der akuten halluzinatorischen Paranoia dadurch, daß Halluzinationen und Wahnvorstellungen, wenn überhaupt, nur sekundär auftreten. Die Halluzinationen sind meist, aber nicht ausschließlich Phoneme, die Wahnvorstellungen teils Versündigungs-, teils Krankheits-, teils Verfolgungsvorstellungen. Der Verlauf ist oft sehr kurz, zuweilen jedoch auch protrahiert und anscheinend in einigen Fällen definitiv ungünstig. Vortr. betrachtet diese „Angstpsychosen" jedoch nur als einen Spezialfall einer allgemeinen Krankheitsgruppe, die er seit 1900 als protrahierte Affektschwankungen beschrieben hat. Auch das von ihm als Eknoia beschriebene Krankheitsbild gehört z. B. hierher. Die meisten Fälle entwickeln sich auf dem Boden der erblichen Belastung. Zuweilen, aber nicht stets, liegt schon vor Ausbruch der Affektschwankung eine hereditäre psychopathische Konstitution (z. B. auch im Sinne der Angstneurose oder der obsessiven psychopathischen Konstitution) vor. Der Pubertät und dem Senium, wahrscheinlich auch der Gravidität, kommt eine prädisponierende Rolle zu. Ein Affektshock wirkt oft als auslösendes Moment (z. B. auch das erste ernste sexuelle Erlebnis und vieles andere mehr). Neigung zu Rezidiven oder gar zu periodischer Wiederkehr besteht in keiner Weise. In den eknoischen Fällen ist die Neigung zu rhythmischen motorischen Entladungen bemerkenswert. Von den Angstzuständen der neurasthenischen und der hysterischen psychopathischen Konstitution [1]) unterscheiden sich die Fälle dadurch, daß es sich um eine akut einsetzende, geschlossene Psychose, nicht um ein zerstreutes Auftreten von einzelnen Angstaffekten oder nur eine „Tendenz" zu Angstaffekten handelt. Einzelne Fälle des Vortr. betrafen Debile. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Vollsinnige.

---

[1]) Auch bei dieser können sich sekundär Wahnvorstellungen, namentlich hypochondrische, einstellen, welche sogar zuweilen durch die hysterische Hyperphantasie sehr weit, fast systematisierend ausgesponnen werden.

Diskussion. — *Weiler*-Westend: Der von Herrn Geheimrat *Ziehen* erwähnte Kranke meines Kurhauses war für mich der erste seiner Art bei einem in 22 Jahren beobachteten größeren Material. Ich hatte ihn zunächst als neurasthenischen Melancholiker angesehen — Depression, Schuld- und Versündigungsideen traten ja stark hervor —, erkannte aber nach dem Hinweise des Herrn Vortr. die Angstpsychose im Sinne *Wernickes*. Der 53jährige Patient, Rabbiner einer Großstadt, mit Andeutung von Arteriosklerose, geringem Diabetes, gesteigerten Reflexen hatte einen nervösen Bruder und eine Schwester mit Zwangsvorstellungen. Er bezeichnete sich selbst als nervös seit seinem 21. Jahre. In angesehener und arbeitsreicher Stellung, nebenbei schriftstellerisch tätig, war er schon immer Zwangs- und Angstvorstellungen unterworfen, z. B. wenn er Gutachten zu erstatten oder als Sachverständiger einen Eid schwören mußte, so daß der Richter öfters durch Zuspruch seine Bedenken betreffs eines Falscheides usw. beschwichtigen mußte. In den letzten Jahren war es ihm kaum möglich, Konzepte oder Korrekturen seiner Reden und Arbeiten zum Druck aus der Hand zu geben, da ihn Vorstellungen über etwa noch vorhandene Fehler nicht zur Ruhe kommen ließen. Er erkrankte im Herbst 1906 mit Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Obstipation, zeitweiligen Depressionszuständen mit Weinanfällen, Selbstanklagen, unbestimmten Angstgefühlen, Angst vor der Zukunft, vor Unheilbarkeit. Von Anfang an war das anfallsweise Auftreten dieser Zustände auffällig; nach mehrstündigen oder mehrtägigen Attacken war er plötzlich fast ganz frei und heiter, konnte eine berufliche Handlung vornehmen oder einen Vortrag in einer großen Versammlung halten. Dieses Krankheitsbild hat er im wesentlichen bei uns von Januar bis Juli 1907 dargeboten. Nach einer schlaflosen Nacht mit Gefühl von Übelkeit und Oppression auf der Brust, stundenlangem Weinen und Schluchzen, qualvollen Gedanken, Vorstellungen von Schuld und Verfehlungen, einen Mord begangen zu haben, vor den Staatsanwalt zu kommen, mit „Sehnsucht nach dem ewigen Frieden" verschwanden oft im Laufe des Tages plötzlich oder allmählich Angst und Verzweiflung, der Kranke hatte alles abgeschüttelt, war munter, voll Einsicht, lachte über seine Angstvorstellungen usw. Auch die sog. Melancholietherapie: Opiate, Bettruhe, Abschluß von der Außenwelt, versagte im wesentlichen. Prolongierte lange Bäder wirkten günstig, auch dem Empfinden des Kranken nach, der sich selbst ausgezeichnet beobachtete. Er war andauernd von seiner Frau begleitet, die auch das Zimmer mit ihm teilte, ohne nachteiligen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit (diese Begleitung konnte nicht vermieden werden der unbedingt erforderlichen rituellen Verpflegung wegen). Auch der Besuch der zahlreichen Freunde des bekannten und beliebten Mannes wirkte zeitweilig durchaus nicht schädlich, oft sogar ablenkend und fördernd. Es bekam ihm auch gut, wenn er nach solchen „schrecklichen Stunden" ein Berliner Café in Gesellschaft aufsuchte. Während der Osterferien

wohnte er in Berlin und ging zum Gottesdienste. Anfangs Juli gebessert entlassen, hat er nach einer Kur im Schwarzwalde seine Tätigkeit im September wieder aufgenommen. Bei seinem Besuch im Oktober bestanden noch Krankheitsreste, aber das psychische und körperliche Allgemeinbefinden war verhältnismäßig recht gut. Diese Angstpsychose hat also reichlich ein Jahr gedauert. Präsenile Symptome waren nicht vorhanden.

Liepmann: Auch ich kann in *Wernickes* Angstpsychose keine nosologische Entität sehen. *Wernicke* kannte alkoholistische, epileptische, senile usw. Angstpsychosen. Es handelt sich also nicht um eine ätiologische oder prognostische oder pathologisch-anatomische Einheit. Immerhin liegt eine sehr charakteristische Spielart der von Unlustaffekt beherrschten Zustände vor. Ich möchte also zwar etwa in der präsenilen und senilen Angstpsychose keine toto coelo verschiedene Krankheit sehen von der mehr durch Insuffizienzgefühl, Unglücksgefühl und Kleinheitswahn gekennzeichneten präsenilen und senilen Depression, aber ein besonderes, vom Standpunkt der allgemeinen Symptomatologie auszuzeichnendes Zustandsbild, das oft viele Monate anhält, ist sie doch. Deshalb darf man dem Begriff der Angstpsychose wohl die Dignität etwa des Begriffes „Delirium" geben, der ja auch für Zustandbilder in den verschiedensten Krankheiten angewendet wird und auch nicht absolut scharf von benachbarten abgrenzbar ist.

Bischoff-Buch erwähnt einen von *Nitzsche* in München vorgestellten Fall, der symptomatologisch ungefähr das von *Ziehen* geschilderte Bild bot. Klinisch war der Verlauf so, daß unter rapidem Verfall der Kräfte der Exitus eintrat. Das anatomische Bild war nach *Alzheimer* das einer schweren Veränderung, die sich keinem der bekannten Bilder einfügte. Besonders interessant wäre bei der Seltenheit der Fälle eine Mitteilung über etwaige histologische Befunde der *Ziehen*schen Fälle.

Paul Bernhardt-Dalldorf hat bei einer 80jährigen Greisin zwei gerade durch ein Jahr getrennte Psychosen vom Charakter der reinen Angstpsychose ohne Traurigkeit und Sinnestäuschungen, wohl aber mit Wahnideen, gesehen. Da sich erheben ließ, daß in früheren Jahren bei der Dame leichte zirkuläre Erscheinungen bzw. gewöhnliche Depressionen bestanden hatten, so spräche die Beobachtung einigermaßen zugunsten der von *Liepmann* vertretenen Auffassung.

Moeli: Die Angst tritt ja meist recht anfallsweise mit schnellem Aufstieg und Abfall auf sowohl als Teilerscheinung bei epileptischen und neurasthenischen Zuständen als auch bei den episodischen Angstzuständen, die den charakteristischen Namen Raptus melancholicus tragen, den mit Neuralgien in Verbindung gebrachten usw. Nun wäre es wichtig, zu erfahren, ob, wie es scheint, bei den mehr selbständigen Angstzuständen, z. B. präsenil, der so rasche Anstieg und Nachlaß in hochgradigen Anfällen nicht so stark hervortritt, öfter wenigstens, und eher ein mehr dauernder Zustand der Ängstlichkeit sich bemerkbar macht.

Bischoff-Buch: Über Dauerbäder u. Dauerbadbehandlung.

M. H.! In diesem Verein hielt vor 25 Jahren *Reinhard* einen Vortrag über „Die Anwendung permanenter Bäder bei brandigem Dekubitus gelähmter Geisteskranker“. Hier in Berlin ist über diese Frage dann nicht wieder gesprochen worden.

Auf die Behandlung des Dekubitus mit Dauerbädern wird in chirurgischen und allgemein therapeutischen Arbeiten hingewiesen.

In der Psychiatrie war wohl das allgemeine Interesse, das sich in den achtziger und neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in besonderem Maße der Wirkung von Wasserprozeduren auf den Verlauf von Krankheiten zuwandte, die Veranlassung, daß die Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte für das Jahr 1892 als Referatsthema „Die Bedeutung und Anwendung der Hydrotherapie bei psychischen Aufregungszuständen“ wählte.

In seinen Thesen sprach *Fürstner* sich dahin aus, daß am meisten zu therapeutischen Zwecken das Vollbad von 29 bis 30° bei 10 bis 20 Minuten, event. noch länger dauerndem Aufenthalte des Kranken in demselben sich empfehle. Noch höher temperierte und prolongierte Bäder würden nur ganz ausnahmsweise zu gebrauchen sein: die Resultate derselben entsprächen schon nicht den Schwierigkeiten der Herstellung, namentlich in privaten Verhältnissen.

In der Diskussion erwähnte *Kraepelin*, daß er von der Verwendung stundenlanger Bäder bei Aufregungszuständen und bei akuter Erschöpfung niemals Nachteile gesehen.

Für das Jahr 1898 sprach *Thomsen* als Referent im Verein deutscher Irrenärzte in Bonn „Über die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Krankheiten“. Warme Bäder, regelmäßig und oft wiederholt, bzw. prolongierte warme Bäder bei Abkühlung des Kopfes sind die geeignetsten Mittel bei akuten Psychosen, die mit Erregung einhergehen, die Erregung zu bekämpfen und Schlaf zu erzeugen.

In demselben Jahre behandelte *Beyer* in einem Vortrage in Heidelberg gelegentlich der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte speziell die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken. Er empfahl nicht nur ein prolongiertes Bad, sondern die Kranken sollen Stunden und Tage, ja selbst Wochen und Monate darin verbleiben.

In derselben Vereinigung berichtete drei Jahre später *Kraepelin* über die Wachabteilung der Heidelberger Irrenklinik, die wohl als erste in Deutschland ein besonderes Gepräge durch die Einführung der permanenten Badbehandlung erhalten hatte. Tag und Nacht, event. Wochen hindurch wurden die Kranken hier im Bade gehalten; alle sonst noch gebräuchlichen Zwangsmittel, wie feste Handschuhe, unzerreißbare Anzüge, Isolierung wurden dadurch unnötig gemacht.

„Man muß nur einmal vergleichen, wie die unruhige Abteilung früher am Morgen aussah und wie sie jetzt aussieht, früher zerrissene

Strohsäcke und Matratzen, manchmal völlig entkleidete und abgekühlte Kranke, trotz aller Sorgfalt und Einläufe immer wieder verschmierte Zellen, jetzt Kranke, die ruhig im Bad sitzen oder zu Bett liegen, in den offengehaltenen Isolierzimmern vollständige, ordentliche Betten, und man wird sagen, daß die Behandlung mit permanenten Bädern ein ungemein segensreicher Fortschritt ist. Wer sie eingeführt hat, wird sie nicht mehr missen wollen", so schilderte in der Diskussion *Alzheimer* den Erfolg der Dauerbadbehandlung in der Frankfurter Anstalt, und alle, die mit geeigneten Mitteln und ernstlich darangingen, diese Behandlung zu erproben, sind wohl zu einem ähnlichen Resultat gekommen; jedenfalls findet sich in der Literatur keine Arbeit, die über gegenteilige Resultate berichtet; und wer bei Beginn seiner Ausbildung als Psychiater längere Zeit in solchen Anstalten gearbeitet hat, auf den wird der erste Anblick einer verschmierten Zelle oder der erste Anblick eines nackten isolierten Patienten, der das Seegras oder Stroh seines Lagersackes im Zellenraum umhergeworfen hat, ähnlich unangenehm wirken wie auf die Allgemeinheit der Psychiater die Hetzpeitsche, der Sarg oder die Drehschaukel. —

Unter Dauerbad versteht man jetzt eine Einrichtung, die es ermöglicht, Tag und Nacht, event. wochen- und monatelang Kranke im Bade zu halten. Als Form des Bades ist das Vollbad gewählt. In der Regel finden sich mehrere, etwa bis sieben, Wannen frei in einem Raume, dessen Fußboden und Wände wasserdicht, wenig Feuchtigkeit aufsaugend, nicht glitscherig, tondämpfend sind. Zu- und Ableitung des Wassers müssen eine schnelle Füllung und Entleerung ermöglichen und auch nach Möglichkeit so regulierbar sein, daß die Patienten gegen Verbrühung gesichert erscheinen. Heizung, Ventilation und Lichtverhältnisse müssen den Ansprüchen einer rationellen Hygiene entsprechen und den besonderen Verhältnissen; hauptsächlich bezüglich der hohen Luftfeuchtigkeit, Rechnung tragen. Die Aufstellung der Wannen wird oft den bestehenden Verhältnissen angepaßt sein müssen; die gegenseitige Anregung lauter Patienten wird zu vermeiden sein, event. unter Anbringung isolierender Wände. Als Material hat sich für die Wannen am besten englische Fayence bisher bewährt, doch sind auch Metallwannen und gut emaillierte Eisenwannen ohne besondere Nachteile in Gebrauch.

Das Bad muß ständig unter Aufsicht sein; dabei zeigt sich hier mehr wohl noch als auf andern Abteilungen, daß ein guter Pfleger geeignet ist, mehrere schlechte zu ersetzen.

Der Dauerbaderaum wird zweckmäßig in die Nähe eines Saales gelegt, in dem die nicht mehr des Bades bedürftigen Patienten zu Bett gelegt werden können. —

Mit Dauerbad können im Prinzip alle Aufregungszustände aller Krankheitsformen behandelt werden. Zeigt sich ein erregter Patient einmal hierfür nicht geeignet, so liegt es gewiß am einzelnen Falle, nicht

aber an der Krankheitsform; denn auch das Dauerbad dient der Bekämpfung von Symptomen; eine spezifische Wirkung gegen ätiologische Krankheitseinheiten etwa sind nicht beobachtet worden. Gewiß wirkt es bei einigen Krankheiten besser als bei andern: die manischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins und die akuten Erschöpfungspsychosen zeitigen die erfreulichsten Erfolge; melancholische Zustände mit ängstlicher Stimmungslage scheinen weniger günstig beeinflußt zu werden; prolongierte Bäder empfehlen sich hier mehr. —

Eine Wohltat hat für Pfleger und Ärzte die Einführung des Dauerbades in sicherem Gefolge: die Zunahme der Sauberkeit. Das Schmieren wird ganz eingeschränkt, die verschmierten Zellen schwinden völlig. Das darf wohl als erwiesene Tatsache gelten, daß bei einem streng durchgeführten Dauerbaddienst die Isolierung ohne Anwendung von erhöhten Arzneimitteldosen oder anderen Zwangsmaßregeln, als etwa Ganzpackung, für den täglichen Abteilungsdienst überflüssig wird und praktisch etwa für den Bau von Anstalten nur noch in der Weise Berücksichtigung zu finden braucht, daß auf vielleicht 100 vorgesehene Kranken eine bis höchstens zwei Zellen in Anschlag gebracht werden.

Am augenscheinlichsten aber zeigt sich die Wirkung des Dauerbades bei der Behandlung des Dekubitus. Es muß wohl zugegeben werden, daß bei sorgfältiger Wartung, bei häufiger Stellungsänderung und Trockenlegung der hinfälligen Patienten und ähnlicher Behandlung es wohl möglich ist, auch ohne Dauerbadbehandlung das gefürchtete Durchliegen zu vermeiden; ein sehr häufig angewandtes Mittel, dem von verschiedenen Seiten noch heute das größte Vertrauen entgegengebracht wird, ist die Lagerung auf besonders aufsaugungsfähigen, dabei aber weichen Materialien, wie Moos oder Holzwolle. Das aber steht fest, daß Holzwolle allein gegen Dekubitus nicht schützt, es gibt im Gegenteil immer und immer wieder Fälle, in denen man den Eindruck gewinnt, daß nach Lagerung auf Holzwolle oder Moos — die Unterschiede dieser Materialien sind wohl nur gering — die destruierenden Prozesse fast raschere Fortschritte machen als bei geeigneter Behandlung im gewöhnlichen Bett mit Wasserkissen und sonstigen Unterlagen. Demgegenüber kann wohl behauptet werden, daß, soweit praktische Verhältnisse in Frage kommen, jeder Dekubitus, der eine genügend lange Zeit mit Dauerbädern behandelt werden konnte, sich bessert oder vollkommen zur Heilung gelangt. Gerade bei der Dekubitusbehandlung stellen sich aber oft dem ausgedehnten Aufenthalte der Patienten im Bade Schwierigkeiten entgegen, die in dem Kranken selber ruhen: ihre Hinfälligkeit und die daraus sich ergebende Folge, daß sie sich nicht in einer entsprechend günstigen Lage ohne Unterstützung zu halten vermögen. Tragvorrichtungen, oft sehr geistreich konstruiert, sollen da abhelfen. Es gehört nur wenig Erfahrung dazu, um zu sehen, daß alle diese komplizierten Bahren usw. ganz und gar nicht den Vergleich aushalten mit in den Wannen ausgespannten, an den Wänden der Wannen

befestigten Laken, die möglichst groß und wagerecht gelagert sein sollen. Die Patienten sollen in ihnen möglichst tief im Wasser liegen, event. mit einem Luftkissen am Kopfe unterstützt. Bei geeigneten Verhältnissen wird eine Bedeckung mit einem zweiten Laken viel zum längeren Warmbleiben des Bades beitragen, doch wird das Gleiche wohl besser durch öfteres Füllen und durch sorgfältige Beachtung der Wassertemperatur erreicht, während die genaue Beobachtung des ganzen Körpers zu leiden scheint, — und die Möglichkeit, ja Notwendigkeit, mehrere Male am Tage den ganzen Körper des Kranken vollkommen sich anzusehen beim Abtrocknen oder beim Neufüllen der Wanne, stellt eine ganz unwillkürlich eintretende gesteigerte Sorgfalt der Beobachtung der Siechen dar.

Eine mehr indirekte Folge der Einführung des Dauerbadbetriebes ist die ohne Zweifel bessere Einübung des Pflegepersonals im Krankendienst, als dies etwa bei der Isolierung geschieht. Der ständige Konnex mit den Patienten im Dauerbad gibt dem Personal gewiß mehr Gelegenheit, alle die kleinen Hilfsmittel persönlicher Beeinflussung im Verkehr mit erregten Kranken anwenden zu lernen, von deren Wirksamkeit der Arzt so oft bei seinem bloßen Erscheinen auf der Abteilung sich überzeugen kann. Das Festhalten aufgeregter Kranker in der Wanne mit nachfolgender Entwicklung buntfarbiger Hautflecken wird in wesentlicher Häufigkeit wohl nur in der Übergangszeit von der Zellenbehandlung — auch da fehlten sie ja nicht völlig — beobachtet. Sobald das Personal erst davon überzeugt ist, daß der Schaden ein nicht so großer ist, wenn ein Patient etwas laut ist, und wenn es immer und immer wieder gesehen, wie er sich bald von selber beruhigt, so bald wird es auch selber mit steigender persönlicher Ruhe der Erregung entgegentreten, und schließlich wird die Zahl der Fälle, die „ganz und gar nicht im Dauerbad zu halten sind", immer mehr und mehr abnehmen, und die Zahl der Anstalten wird immer größer werden, die in ihrem Jahresberichte schreiben: „Auf der Männerseite sind x, auf der Frauenseite y Isolierzimmer vorhanden. Isolierungen kamen nicht vor, ohne daß die Ansicht herrschte, daß die Isolierung etwas a priori als schädlich zu Bezeichnendes ist, sondern weil es bessere Behandlungsmethoden gibt, die diese Isolierung überflüssig machen, und weil es unsere Pflicht ist, nach aller Möglichkeit gerade das Beste für die Kranken zu tun."

Rein ästhetisch betrachtet aber ist auch für den Arzt ein Bespritzen angenehmer als das Beworfenwerden mit Kot und anderm Schmutz alter Zelleninsassen; und dem Pflegepersonal wird es von diesem Standpunkte aus angenehmer sein, im Dauerbade Dienst zu tun, als Tag für Tag kot- und urinverschmierte Wände, Decken und Zellenböden zu säubern.

Von den Einwendungen nun, die man gegen die Dauerbäder gemacht, bedarf wohl der von *Fürstner* erhobene — die zu große Umständlichkeit und Kostspieligkeit betreffend — für die heutigen Verhältnisse kaum einer Widerlegung. Der Aufwand für den Bau von Anstalten wird jetzt von

den Kommunen allgemein so hoch berechnet, daß die durch die Einrichtung der Dauerbäder gesteigerte Höhe in keinem sachlich in Betracht kommenden Verhältnisse bei Neubauten steht. Die Entwicklung der Technik hat dies Verhältnis infolge der ohnehin fast selbstverständlichen Zentralisierung der Heißwasseranlagen sehr zugunsten des Dauerbades beeinflußt.

Ob in Anstalten, die jetzt schon über eine genügende Zahl von Wartepersonen verfügen, eine nennenswerte Erhöhung der Zahl des Pflegepersonals notwendig wird, scheint noch nicht eindeutig entschieden; doch wäre auch dieses eine Geldfrage, die gegenüber der Erkenntnis der Notwendigkeit zurücktreten müßte.

Eine Abneigung der Wärter und Wärterinnen gegen den Dienst in den Dauerbädern hat wohl mancher befürchtet, in der Praxis aber hat man diese Furcht nie bestätigt gefunden.

Und allen andern Bedenken gegenüber muß immer und immer wieder betont werden, daß überall dort, wo man die Dauerbadbehandlung eingeführt — besonders in Süddeutschland ist die Zahl solcher Anstalten recht groß —, die Erfolge bei geeigneter Handhabung durchaus zufriedenstellend waren.

Gelegentlich beobachtete Pithyriasisinfektion im Dauerbade war harmlos und durch Jod, Furunkulose der Badenden durch sorgfältige Desinfektion der Wannen zu beseitigen. War der Patient sonst für das Dauerbad geeignet, so hat man, soweit bekannt, nie von einem tage-, wochen- oder monatelangen Aufenthalte im Dauerbade Folgen beobachtet, die diese Behandlung bedenklich erscheinen ließen. Dagegen ist überall eine Verbesserung dort in dem Sinne eingetreten, den *Alzheimer* geschildert, und jeder vorurteilsfreie Beobachter muß heute *Mercklin* beistimmen: „Die Dauerbäder sind ein nicht mehr zu entbehrendes Hilfsmittel in der freien Behandlung."

Leider ist es gegenwärtig noch unmöglich, auf Grund exakter physiologischer und psychologischer Untersuchungen zahlenmäßig exakte Beweise zu erbringen, die gestatten würden, die Wirkung der Dauerbäder auch theoretisch zu erklären; einer solchen Erklärung stehen wir in unserer Erkenntnis zurzeit noch recht schlecht gerüstet gegenüber. Die Arbeiten hierüber sind noch zu wenig zahlreich. Eine Reihe von Versuchen schien darauf hinzudeuten, daß im Dauerbade mehr ein Gefühl der Müdigkeit als eigentliche Ermüdung hervorgerufen werde. Auch die Gewöhnung an das Dauerbad ist beobachtet, aber noch nicht genauer untersucht worden. Das mag wohl erklären, daß eine exakte Beweisführung nicht angängig erschien. Ein referierendes Verhalten war hier mehr am Platze. Etwas Fremdes ist eine solche Art der Beweisführung ja nicht auf dem Gebiete der Therapie, die in so hohem Maße noch nur der rein empirischen Beobachtung zugänglich ist. Dieser Umstand mag dann auch entschuldigen, daß der Vortrag mehr als eine Frage an die Erfahrung der Zuhörer aufgefaßt ist, deren Diskussion wohl nicht ohne Wert sein dürfte. —

Die Diskussion wird vertagt. *Hans Laehr.*

Kleinere Mitteilungen.

Personalnachrichten.

Dr. *Fritz Hartmann*, Prof. in Graz, ist Direktor der dortigen psychiatrisch-neurologischen Klinik geworden.

Dr. *Alfred Schmidt*, bisher Abteilungsarzt in Marsberg, ist Oberarzt daselbst geworden.

Dr. *Franz Kramer*, Assistenzarzt an der psychiatrischen und Nervenklinik in Breslau, hat sich an der dortigen Universität als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Ludw. Mann*, Privatdozent in Breslau, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *H. A. Th. Heße* in Ilten und

Dr. *Moritz Jastrowitz* in Berlin-Moabit sind Geheimer Sanitätsrat,

Dr. *Ernst Matzdorff*, bisher Leiter der Privatanstalt in Bernau, jetzt nach Steglitz verzogen,

Dr. *Ernst Schneider*, Dir. der Prov.-Anstalt zu Osnabrück,

Dr. *Rob. Walter*, Dir. der offenen Privatanstalt in Deutsch-Lissa, u.

Dr. *Julius Weiler*, Dir. der Privatanstalt in Charlottenburg-Westend, Sanitätsrat geworden.

Dr. *H. Ullrich*, Medizinalrat, früher Dir. der Kreisanstalt Kaufbeuren, zuletzt in München lebend, und

Dr. *Cäsar Heimann*, Sanitätsrat, in Grunewald, sind gestorben.

Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie. E. V.

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. **Leon. Bianchi,** Neapel, Psychiatrische Klinik der Universität.
Prof. Dr. **V. Magnan,** Paris, Asile clinique Ste. Anne.
Prof. Dr. **A. Tamburini,** Rom, Psychiatrisches Institut der Universität.

Vorstand:

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Moeli,** städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg bei Berlin, Vorsitzender.
Geh. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern), Schatzmeister.
Hofrat Prof. Dr. **Em. Kraepelin,** München, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **H. Kreuser,** Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winnenden (Württ.).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman,** Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Fr. Tuczek,** Dir. d. Landesanstalt Marburg (Reg.-Bez. Kassel).
San.-R. Dr. **Hans Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, ständ. Schriftführer.

Dr. **K. Abraham,** Berlin W., Schöneberger Ufer 22.
Dr. **C. G. Ackermann,** Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Adams,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Johannisthal bei Süchteln, Rheinprovinz.
San.-R. Dr. **Adler,** 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Albrecht,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Prof. Dr. **K. Alt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Uchtspringe (Altmark).
Geh. San.-R. Dr. **W. Alter,** Dir. d. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Priv.-Doz. Dr. **Al. Alzheimer,** Oberarzt, Psychiatr. Klinik zu München.
Dr. **F. Angerer,** Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **G. Anton,** Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.

Dr. **O. Arnemann,** Landesanstalt Groß-Schweidnitz, Kgr. Sachsen.
Prof. Dr. **G. Aschaffenburg,** Köln a. Rh., **Mozartstraße** 11.
Dr. **B. Ascher,** Berlin W., Jägerstr. 18II.
Dr. **Fr. Ast,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei **München.**
Dr. **Backenköhler,** Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck **(Westfalen).**
Geh. Med.-R. Dr. **A. Baer,** Berlin NW., Rathenowerstr. 5.
Med.-R. Dr. **Barbo,** Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
San.-R. Dr. **Jul. Bartels,** Hameln (Hannover).
Dr. **Bauer,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Hofrat Dr. **Beckh,** Nürnberg.
San.-R. Dr. **Th. Benda,** Berlin W., Dörnbergstr. 1II.
Stabsarzt Dr. **Benneke,** Dresden, Königsbrückenstr. 2II.
Prof. Dr. **Berger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Bernard,** dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.
Dr. **Ernst Beyer,** dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Rheinprovinz.
Med.-R. Dr. **Bieberbach,** Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Binswanger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Blachian,** Oberarzt, Kreisanstalt Werneck, Unterfranken.
Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, kantonale Heilanstalt Burghölzli.
Dr. **Ad. Blitz,** Pankow b. Berlin, Parksanatorium.
Dr. **von Blomberg,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Dziekanka bei Gnesen.
Dr. **Bockhorn,** Oberarzt, Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
Dr. **Ernst Boeck,** Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).
Dr. **Boedeker,** dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Boehme,** Dir., Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Boehmig,** Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36II.
Dr. **Boettcher,** Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Rich. Bolte,** Oberarzt, St. Jürgenasyl zu Ellen bei Bremen.
Prof. Dr. **Bonhöffer,** Breslau, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **Borell,** Godramstein (Rheinpfalz).
Dr. **Brackmann,** Oberarzt an der Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **K. Brandl,** Assist.-Arzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Braune,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.
Dr. **Bresler,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
Dr. **Brodmann,** Nervenarzt, Berlin W., Magdeburgerstr. 16I.
Dr. **C. M. Brosius,** Sayn b. Engers a. Rh.
Dr. **Walter Brosius,** Nervenarzt, Saarbrücken (Lothr.).
Dr. **E. Brückner,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **Gustav Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.
Dr. **Otto Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.

Prof. Dr. **Bruns,** Nervenarzt, Hannover, Lawesstr. 6.
Prof. Dr. **Buchholz,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **von Buchka,** Oberarzt, Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Friedr. Buddeberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Dr. **Buder,** Oberarzt a. d. Landesanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).
Priv.-Doz. Dr. **Bumke,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Buttenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **Campbell,** Nervenarzt, Dresden, Amalienstraße 15, I.
Med.-R. Dr. **Camerer,** Referent d. Med.-Koll. zu Stuttgart.
Dr. **W. Caselmann,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Dr. **Fritz Chotzen,** Oberarzt, Städt. Irrenhaus, Breslau XII, Einbaumstraße.
Dr. **Carl Christoph,** Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Posen).
Dr. **W. Cimbal,** Altona, städt. Krankenhaus.
Med.-R. Dr. **Claren,** Kreisarzt, Crefeld.
Dr. **Colla,** Nervenheilanstalt Buchheide b. Finkenwalde (Pommern).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Aug. Cramer,** Göttingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Max Cramer,** Nervenarzt. Hamburg, Esplanade 21.
Dr. **Jul. Daiber,** Oberarzt, Staatsanstalt Weinsberg (Württ.).
Dr. **Damköhler,** 2. Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Ao. Prof. Dr. **Dannemann,** Oberarzt, Gießen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Dees,** Dir. d. Kreisanstalt Gabersee, O.-Bayern.
Dr. **Degenkolb,** Oberarzt, Landesanstalt Roda S.-A.
Dr. **Heinr. Dehio,** Oberarzt, städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Deiters,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Grafenberg b. Düsseldorf.
Dr. **Delbrück,** Dir. d. St. Jürgenasyls zu Ellen b. Bremen.
Dr. **Karl Demohn,** Oberarzt, Landesanstalt Nietleben b. Halle a.S.
Dr. **Deutsch,** Oberarzt, Prov.-Anst. Lauenburg in Pommern.
Dr. **Dieckhoff,** Nervenheilanstalt Streitberg, Oberfranken.
Dr. **Dietz,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau, Großh. Hessen.
Dr. **Dinter,** Oberarzt, Prov.-Heilanstalt Brieg in Schlesien.
Geh. San.-R. Dr. **Dittmar,** Dir. d. Bezirksanstalt Saargemünd (Lothr.).
San.-R. Dr. **Dluhosch,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
Med.-R. Dr. **O. Dörrenberg,** Kreisarzt, Soest (Westf.).
Dr. **Dornblüth,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage 2.
Dr. **H. W. Dreuw,** Hamburg.
Dr. **Dubbers,** Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
San.-R. Dr. **C. Edel,** Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
Dr. **Max Edel,** Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
Prof. Dr. **Edinger,** Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.

San.-R. Dr. **von Ehrenwall,** Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
Dr. **Alfr. Ehrhardt,** Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg, O.-Pr.
Dr. **R. Ehrhardt,** Oberarzt, Staatsanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).
Dr. **Karl Eisen,** 2. Arzt, Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).
Dr. **Encke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Dr. **H. Engelken,** Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Bremen.
Dr. **H. Engelken,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Fr. Erck,** Oberarzt, Landesanstalt Weilmünster (Nassau).
Geh. San.-Rat Dr. **Erlenmeyer,** Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf bei Coblenz.
Dr. **van Erp-Taalmann-Kipp,** Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland.
Dr. **Ewald,** Sek.-Arzt am städt. Siechenhaus zu Frankfurt a. M.
San.-R. Dr. **Fabricius,** Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Facklam,** Dir. d. Sanat. Suderode a. H.
Dr. **Franz Falk,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **Falkenberg,** Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
Dr. **Faltlhauser,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).
Dr. **von Feilitsch,** Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.
Med.-R. Dr. **Feldkirchner,** Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll bei Regensburg.
Obermed.-R. Dr. **Felgner,** Dir. d. Landesanstalt Hochweitzschen bei Klosterbuch, Kgr. Sachs.
Geh. Med.-R. Dr. **Franz Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Pforzheim Baden).
Med.-R. Dr. **Max Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).
Dr. **Osk. Fischer,** Priv.-Doz., Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Gust. Flügge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Johannisthal b. Süchteln (Rheinpr.).
Priv.-Doz. Dr. **Rich. Förster,** Oberarzt, Bonn a. Rh., Prov.-Anst.
Dr. **J. Fränkel,** dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Lankwitz bei Berlin.
Hofrat Dr. **Friedländer,** dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberursel a. Taunus.
Geh. San.-R. Dr. **Fries,** Dir. d. Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.
Dr **Früstück,** Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf, Kgr. Sa.
Dr. **W. Fuchs,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Fürer,** dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar.
Dr. **Joh. Füth,** Arzt in Koblenz a. Rh.
Dr. **Gallus,** Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Leipzigerstr. 18.
Hofrat Dr. **Ganser,** Dir. d. städt. Anstalt Dresden, Lüttichausstr. 25 II.

Prof. Dr. **Gaupp**, T ü b i n g e n, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Geelvink**, Oberarzt d. städt. Anstalt, F r a n k f u r t a. M.
Dr. **Fr. Geist**, Landesanstalt Z s c h a d r a ß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Gellhorn**, Theresienhof bei G o s l a r a. Harz.
Dr. **Fritz Gerlach**, Dir. d. Landesanstalt K ö n i g s l u t t e r (Braunschweig).
Geh. Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach**, Prov.-Anstalt M ü n s t e r (Westf.).
Dr. **Otto Gerling**, Assist.-Arzt, Landeshospital M e r x h a u s e n, Reg.-Bez. Kassel.
San.-R. Dr. **Gerstenberg**, Dir. d. Prov.-Anstalt H i l d e s h e i m.
Dr. **Nik. Gierlich**, dir. Arzt des Kurhauses W i e s b a d e n.
San.-R. Dr. **Gigglberger**, Wasserheilanstalt M i c h e l s t a d t (Odenwald).
San.-R. Dr. **Gock**, Dir. d. Prov.-Anstalt L a n d s b e r g a. W.
Dr. **Götze**, Landesanstalt U n t e r g ö l t s c h bei Rodewisch (Kgr. Sa.).
San.-R. Dr. **Goldstein**, Sanat. G r o ß l i c h t e r f e l d e, Jungfernstieg.
San.-R. Dr. **Gottlob**, B o n n a. Rh., Ritterhausstr. 26.
Dr. **O. Grahl**, Sanat. Lauenstein b. H e d e m ü n d e n a. Werra.
Dr. **v. Grabe**, Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg b. H a m b u r g.
Geh. R. Prof. **von Grashey**, M ü n c h e n, Prinzregentenstr. 18^{II}.
Dr. **Ad. Groß**, Dir. d. Bezirksanstalt R u f a c h (Elsaß).
Dr. **Rob. Groß**, Dir. d. Landesanstalt S c h u s s e n r i e d (Württ.).
Dr. **Großmann**, Oberarzt d. Landesanstalt N i e t l e b e n b. Halle a. S.
Dr. **Clem. Gudden**, Nervenarzt, B o n n a. Rh., Buschstr. 2.
Prof. Dr. **Hans Gudden**, M ü n c h e n, Steinsdorfstr. 2.
Obermed.-R. Dr. **Günther**, Dir. d. Landesanstalt H u b e r t u s b u r g b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Geh. Hofrat Dr. **Gutsch**, K a r l s r u h e, Hirschstr. 108.
Priv.-Doz. Dr. **H. Gutzmann**, Z e h l e n d o r f, Johannisstr. 1.
Geh. Med.-R. Dr. **Haardt**, Dir. d. Landesanstalt E m m e n d i n g e n (Baden).
Dr. **Haberkant**, Oberarzt, Bezirksanstalt Stephansfeld bei B r u m a t h, Unterelsaß.
San.-R. Dr. **Otto Habermaas**, Dir. d. Anstalt f. Epil. und Schwachs., S t e t t e n, Oberamt Cannstatt.
Dr. **Ernst Hahn**, Dir. Arzt d. städt. Irrenhauses, B r e s l a u XII., Einbaumstr.
Dr. **Halbey**, L a u e n b u r g i. Pom., Prov.-Anstalt.
Dr. **Erw. Harlander**, Assist.-Arzt, Kreisanstalt W e r n e c k (Unterfr.).
Prof. Dr. **Fritz Hartmann**, G r a z, Psychiatr. Klinik.
Dr. **H. Havemann**, Oberarzt, Prov.-Anstalt T a p i a u, O.-Pr.
Dr. **Hebold**, Dir. d. städt. Anstalt W u h l g a r t e n b. Biesdorf-Berlin.
Dr. **Hecker**, Kuranstalt W i e s b a d e n, Gartenstr. 4.
Dr. **Hegar**, Landesanstalt W i e s l o c h (Baden).
Dr. **F. Hegemann**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt M ü n s t e r i. W.

Prof. Dr. **Heilbronner,** Utrecht, Maliebaan 59.
Dr. **R. Heiligenthal,** Baden-Baden, Sanat. Dr. Ebers.
Dr. **Heinke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Dr. **von der Helm,** Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.
Dr. **Herfeldt,** Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Hermkes,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Dr. **E. Herse,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.
Dr. **Herting,** Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinprovinz).
Dr. **Herwig,** Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).
Dr. **Heß,** Oberarzt d. Kahlbaumschen Privatanstalt Görlitz, Schillerstraße 14.
Geh. San.-R. Dr. **Hesse,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Hinrichs,** Prov.-Anstalt Schleswig.
Geh. Hofrat Prof. Dr. **Hoche,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Jos. Hock,** Oberarzt. Kreisanstalten Kaufbeuren (Bayern).
Dr. **Höniger,** Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.
Med.-R. Dr. **Hösel,** Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
San.-R. Dr. **Höstermann,** Wasserheilanstalt Marienberg b. Boppard am Rhein.
Dr. **Imm. Hoffmann,** Prov.-Anstalt Altscherbitz b. Schkeuditz.
Dr. **Reinh. Hoffmann,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Ad. Hoppe,** Oberarzt, Flammsche Privatanstalt zu Pfullingen (Württ.).
Dr. **Hornung,** dir. Arzt, Schloß Marbach, Post Wangen b. Konstanz.
Dr. **Horstmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
Priv.-Doz. Dr. **Hübner,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Hüfler,** Nervenarzt, Chemnitz, Brückenstr. 14.
Dr. **Hügel,** Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Priv.-Doz. Dr. **Jahrmärker,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen).
Dr. **Jaspersen,** Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).
Geh. San.-R. Dr. **Jastrowitz,** Berlin NW., Alt-Moabit 131.
Med.-R. Dr. **L. Jenz,** Dir. d. Großh. Landes-Idiotenanstalt in Schwerin (Meckl.).
Dr. **Ilberg,** Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
Dr. **A. Imhof,** Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).
Dr. **Kaes,** Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **Kahlbaum,** Dir. d. Privatanstalt Görlitz.
Dr. **Kaiser,** 2. Arzt d. Privatanstalt Neufriedenheim, Post München 12.
Med.-R. Dr. **Karrer,** Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Dr. **A. Kellner,** Oberarzt, Landesanstalt Untergöltsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).

San.-R. Dr. **Kern,** Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.
Dr. **Kerris,** Oberarzt d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
Prof. Dr. **Kirchhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Kleefisch,** Assist.-Arzt, Idiotenanstalt Huttrop b. Essen (Rheinpr.).
Dr. **Kleffner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).
San.-R. Dr. **Kleudgen,** Privatanstalt Obernigk b. Breslau.
Dr. **Klewe,** Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Klinke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
Dr. **Klüber,** Ass.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Geh. San.-R. Dr. **Knecht,** Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pom.).
Dr. **H. Knehr,** Nürnberg, Josephsplatz 10 II.
Dr. **Aug. Knoblauch,** Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.
Dr. **Knoerr,** Dir. d. Prov.-Anstalt Teupitz (Kr. Teltow).
Med.-R. Dr. **J. L. A. Koch,** Zwiefalten (Württ.)
San.-R. Dr. **Emil Koch,** Rinteln, Reg.-Bez. Kassel.
Dr. **Hans Koch,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Köberlin,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Dr. **Hans Köhler,** Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).
Dr. **M. L. Köhler,** Sanat. Hainstein b. Eisenach.
Priv.-Doz. Dr. **A. Kölpin,** Prov.-Anstalt Andernach.
Med.-R. Dr. **König,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
Dr. **H. Körthe,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Kohnstamm,** Königstein i. Taunus.
Dr. **G. Kolb,** Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).
San.-R. Dr. **Kortum,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
Priv.-Doz. Dr. **Fr. Kramer,** Breslau, Psychiatr. Klinik, Agnesstr. 2 I.
Dr. **Kratz,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim (Großh. Hessen).
Dr. **Krauß,** Dir. d. Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Med.-R. Dr. **Kraußold,** Dir. d. Kreisanstalt Bayreuth.
Dr. **Krebs,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Med.-R. Dr. **Krell,** Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
Dr. **Krimmel,** Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Geh. Med.-R. Dr. **Kroemer,** Prov.-Anstalt Konradstein b. Preuß. Stargard.
Dr. **Kufs,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Kundt,** Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Dr. **Kurella,** Nervenarzt, Bad Godelsberg a. Rh.
Dr. **Kurz,** Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).
Dr. **Georg Laehr,** 2. Arzt, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.
Prof. Dr. **Max Laehr,** Dir., Haus Schönow zu Zehlendorf-Wannseebahn.

San.-R. Dr. **Gustav Landerer,** Dir., Christophsbad zu Göppingen (Württ.).
San.-R. Dr. **Nik. Landerer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Hofrat Dr. **Paul Landerer,** Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Dr. **Joh. Lange,** dir. Arzt, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **P. Langer,** Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **Lantzius-Beninga,** Dir. d. Prov.-Anstalt Weilmünster (Nassau).
San.-R. Dr. **Leop. Laquer,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
Dr. **Lauenstein,** Priv.-Anstalt, Hedemünden a. Werra.
Dr. **F. Lehmann,** dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
Obermed.-R. Dr. **G. H. Lehmann,** Dir. d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **R. Lehmann,** Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Dr. **Leonhardt,** Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Leppmann,** Berlin NW., Kronprinzenufer 23.
Dr. **Levinstein,** Dir. d. Maison de Santé, Schöneberg-Berlin W.
Dr. **Max Lewandowsky,** Berlin W., Eichhornstr. 9.
Dr. **M. Liebers,** Assist.-Arzt d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **A. Lienau,** Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
San.-R. Dr. **Lilienstein,** Nervenarzt, Bad Nauheim.
Prof. Dr. **Hugo Liepmann,** Berlin W. 10, Matthäikirchstr. 16.
Hofrat Dr. **Lochner,** Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig.
Dr. **Siegfried Löwenthal,** Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromenade 12.
Dr. **Löwenthal,** Berolinum zu Großlichterfelde b. Berlin.
Dr. **Joh. Longard,** Sigmaringen.
Dr. **Max Lubowski,** Berlin W., Lützowstr. 48II.
Geh. Med.-R. Dr. **Ludwig,** Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Dr. **Lückerath,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Dr. **Lüdemann,** Assist.-Arzt, Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Lüderitz,** Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in Thür.
Dr. **Luilies,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **M. Lustig,** Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
Dr. **Luther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Prof. Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Mannheim, Friedrichplatz 5.
Priv.-Doz. Dr. **Al. Margulies,** Prag.
Dr. **Marthen,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Martin,** Hohe Mark b. Oberursel am Taunus.
Med.-R. Dr. **Matthaes,** Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Matthes,** Kreisarzt, Wilhelmshaven.
Obermed.-R. Dr. **Matusch,** Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Med.-R. Dr. **Mayer,** Dir. d. Philippshospitals zu Goddelau (Großh. Hessen).

Med.-R. Dr. **Mayser,** Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
Dr. **Meltzer,** 1. Arzt d. Landeserziehungsanstalten f. Schwachsinn. u. Blinde, Chemnitz.
San.-R. Dr. **Mercklin,** Dir. d. Prov.-Anstalt Treptow a. Rega (Pomm.).
Priv.-Doz. Dr. **L. Merzbacher,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Meschede,** Königsberg i. Pr., Mitteltragheim 35II.
Prof. Dr. **Ernst Meyer,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Herm. Meyer,** Oberarzt, Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Dr. **Eugen Möller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Dr. **Paul Möller,** Nervenarzt, Grunewald b. Berlin, Hubertusallee 37.
Dr. **Friedr. Mörchen,** Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
Dr. **Mucha,** Dir. d. Privatanstalt Franz. Buchholz b. Berlin.
Dr. **Hellm. Müller,** städt. Heilanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Muermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Med.-R. Dr. **Näcke,** dir. Arzt d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Cl. Neißer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Ernst Nenning,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Nerlich,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **Neuberger,** Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Med.-R. Dr. **Neuendorff,** Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
Prof. Dr. **Nißl,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Nitsche,** Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.
Hofrat Prof. Dr. **Obersteiner,** Dir. d. Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.
Geh. San.-R. Dr. **Öbeke,** Bonn a. Rh., Baumschulenallee 7.
Dr. **Östreicher,** Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.
Dr. **Ötter,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Olterdinger,** Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg (Holst.).
Dr. **Alb. Oliven,** dir. Arzt, Berolinum, Großlichterfelde b. Berlin.
Prof. Dr. **Oppenheim,** Berlin W., Lennéstr. 3.
Dr. **Oppermann,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).
Dr. **Orthmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Oßwald,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Med.-R. Dr. **Oster,** Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
San.-R. Dr. **Otto,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
Geh. Med.-R. **Overbeck,** Lemgo (Fürst. Lippe).
Geh. San.-R. Dr. **Paetz,** Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Passow,** Nervenarzt, Meiningen.
Dr. **Peipers,** Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.

San.-R. Dr. **Peretti,** Dir. d. Prov.-Anst. Grafenberg b. Düsseldorf.
San.-R. Dr. **Petersen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
San.-R. Dr. **Peterßen-Borstel,** Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schl.).
Prof. Dr. **Pfister,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Hofrat Prof. Dr. **Pick,** Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Felix Plaut,** München, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Pönsgen,** Kuranstalt Nassau a. Lahn.
Dr. **Pohl,** Dr. Weilersche Anstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 34.
Dr. **Pohlmann,** Oberarzt, Aplerbeck (Westf.), Provinzial-Heilanstalt.
Dr. **Prinzing,** Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).
Dr. **F. Probst,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Przewodnik,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Dr. **Quaet-Faslem,** Prov.-Nervenheilanstalt Rasemühle b. Göttingen.
San.-R. Dr. **Rabbas,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr.
Dr. **von Rad,** Nervenarzt, Nürnberg.
Prof. Dr. **Raecke,** Oberarzt d. Nervenklinik, Kiel, Niemannsweg 147.
Med.-R. Dr. **Rank,** Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).
Dr. **Ranke,** Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfratshauser-Straße 29.
Dr. **Th. Ranniger,** Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen bei Klosterbuch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Ernst Rehm,** Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. München.
San.-R. Dr. **Paul Rehm,** Sanat. Blankenburg a. Harz.
Dr. **Friedr. Reich,** Assist.-Arzt, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
Med.-R. Dr. **J. Reichelt,** Dir. d. Landesanstalt Hochweitzschen bei Klosterbuch (Kgr. Sachsen).
Dr. **O. Rein,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
Dr. **Reis,** Görlitz, Dr Kahlbaums Privatanstalt.
Dr. **Reiß,** Assist.-Arzt, Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Rentsch,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.
Dr. **O. Repkewitz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Reuter,** Lübeck, Mühlenbrück 5a.
Prof. Dr. **Reye,** Dir. d. Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Med.-R. Dr. **Ribstein,** dir. Arzt am Landesgefängnis Freiburg i. Br.
Dr. **Richstein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Richter,** Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Riebeth,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
Prof. Dr. **Rieger,** Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Joh. Römer,** Assist.-Arzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Dr. **Karl Römer,** Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald.
Dr. **Römheld,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh Hessen).

Dr. **Rösen,** Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rohde,** Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein, Sächs. Schweiz.
Dr. **P. Roßbach,** Oberarzt, Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
Geh. San.-R. Dr. **Rubarth,** Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsberg (Prov. Westf.).
Dr. **Alb. Rühle,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
San.-Rat Dr. **Rust,** 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Dr. **Eug. Samuel,** Grunewald b. Berlin, Winklerstr. 24.
Dr. **Max Sander,** Kairo (Ägypten), Sharia Azbak 2, II.
Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander,** Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b. Berlin.
Dr. **Friedr. Sandner,** Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Alfons Schaefer,** Dir. d. Landesanstalt Roda S.-A.,
San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.).
San.-R. Dr. **Schauen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.
Dr. **Friedrich Schaumburg,** Oberarzt, Prov.-Anst. Uchtspringe (Prov. Sachsen).
Dr. **Schedtler,** Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).
Dr. **Scheiber,** Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Prof. Dr. **Scheven,** Rostock, Graf-Schack-Straße 1.
Geh. San.-R. Dr. **Adolf Schmidt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Adolf Schmidt,** Oberarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Al. Schmidt,** Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachs.).
Dr. **Alfr. Schmidt,** Oberarzt, Marsberg (Westf.), Prov.-Anstalt.
Dr. **Emil Schmidt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.
Dr. **Herm. Schmidt,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
Dr. **Kurt Schmidt,** Nervenarzt, Dresden A., Walpurgisstr. 15.
Dr. **Anton Schmitz,** Privatanstalt, Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.
Dr. **Matthias Schmitz,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Ernst Schneider,** Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.
Dr. **Herm. Schneider,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Hub. Schnitzer,** Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.
Dr. **Schönfeld,** Privatanstalt Atgasen b. Riga.
Dr. **Scholinus,** Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breitestr. 18/19.
Dr. **Ludw. Scholz,** Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Prov. Posen).
Dr. **Schott,** Oberarzt, Landesanstalt Weinsberg (Württ.).
San.-R. Dr. **Schreiber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Max Schroeder,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pom.).

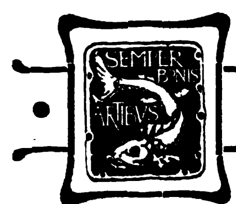
Priv.-Doz. Dr. **Paul Schroeder,** Oberarzt, B r e s l a u , Psychiatr. Klinik.
Dr. **Schroeder,** Assist.-Arzt, A l t - S c h e r b i t z b. Schkeuditz (Prov. Sa.).
Dr. **Schubert,** Dir. d. Prov.-Anstalt T o s t O.-Schl.
Geh. Med. - R. Prof. Dr. **Schuchardt,** Landesanstalt Gehlsheim bei R o s t o c k.
Geh. R. Dr. **Schüle,** Dir. d. Landesanstalt Illenau b. A c h e r n (Baden).
Dr. **Schürmann,** Oberarzt, Landesanstalt M e r x h a u s e n (Beg.-Bez. Kassel).
Priv.-Doz. Dr. **Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. G a s c h w i t z-Leipzig.
Dr. **Schulten,** dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu W a l d b r e i t - b a c h (Rheinpr.).
Prof. Dr. **Ernst Schultze,** G r e i f s w a l d , Psychiatr. Klinik.
Dr. **Theodor Schulz,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt K l i n g e n m ü n s t e r (Rheinpfalz).
Med.-R. Dr. **Eugen Schulze,** Dir. d. Landesanstalt U n t e r g ö l t z s c h b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Oskar Schuster,** Arzt, D r e s d e n , Bergstr. 52.
Dr. **Hans Schwabe,** Oberarzt, P l a u e n i. V., Stadtkrankenhaus.
San.-R. Dr. **Jos. Schweighofer,** Dir. d. Landesanstalt S a l z b u r g.
Dr. **P. Seelig,** städt. Anstalt Herzberge zu L i c h t e n b e r g b. Berlin.
Dr. **Seifert,** Nervenarzt, D r e s d e n , Christianstr. 8.
Prof. Dr. **Seiffer,** Oberarzt, B e r l i n NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Selle,** Dir. d. Prov. Anstalt N e u r u p p i n.
Dr. **Friedr. Sendtner,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt E g l f i n g b. München.
San.-R. Dr. **Serger,** Dir. d. Landesanstalt Alt - S t r e l i t z.
Dr. **Max Sichel,** Assist.-Arzt, F r a n k f u r t a. M., städtische Irrenanstalt.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Siemerling,** K i e l , Psychiatr. Klinik.
Dr. **Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt W a r s t e i n (Westf.).
Dr. **Rich. Sinn,** Dir. d. Privatheilanst. N e u b a b e l s b e r g.
Prof. Dr. **Sioli,** Dir. d. städt. Anstalt F r a n k f u r t a. M.
Dr. **Franz Sklarek,** Oberarzt, städt. Anstalt B u c h b. Berlin.
Dr. **Otto Snell,** Dir. d. Prov.-Anstalt L ü n e b u r g.
Dr. **Max Sommer,** 2. Arzt, B e n d o r f a. Rh., Dr. Erlenmeyersche Anstalten.
Prof. Dr. **Rob. Sommer,** G i e ß e n , Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Specht,** E r l a n g e n , Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Walt. Spielmeyer,** F r e i b u r g i. Br., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Friedr. Stahr,** Landesanstalt K ö n i g s l u t t e r (Braunschweig).
Dr. **Jos. Starlinger,** Dir. d. Landesanstalt M a u e r - Ö h l i n g b. Wien.
Dr. **Stegmann,** Nervenarzt, Dresden A., Struve-Straße 4.
Dr. **Ad. Steinhausen,** Generaloberarzt, D a n z i g.
Dr. **Herm. Stengel,** Arzt am Landesgefängnis B r u c h s a l (Baden).
Dr. **Rich. Stöckle,** Kreisanstalt W e r n e c k (Unterfranken).
Dr. **Stövesandt,** Dir. d. Krankenanstalt B r e m e n.

San.-R. Dr. **Stoltenhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein (O.-Pr.).
Priv.-Doz. Dr. **Wilh. Strohmayer,** Nervenarzt, Jena.
Dr. **Wojislav Subotitsch,** Primararzt d. Kgl. Irrenanstalt zu Belgrad (Serbien).
Dr. **Alfr. Tauscher,** Landesanstalt Hochweitzschen (Kgr. Sachsen).
Dr. **Tecklenburg,** Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.
Dr. **Tesdorpf,** München, Hildegardstr. 9.
Dr. **Teuscher,** Sanat. Loschwitz b. Dresden.
Dr. **E. Thoma,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Prof. Dr. **Thomsen,** Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn a. Rh., Kreuzbergweg 4.
Geh. Med.-R. Dr. **Tigges,** Düsseldorf, Kaiserstr. 53.
Dr. **Tippel,** dir. Arzt, Johannisberg zu Kaiserswerth a. Rh.
Dr. **Heinr. Többen,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
Dr. **Tomaschny,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
Geh. San.-R. Dr. **Ulrich,** Eberswalde.
San.-R. Dr. **Umpfenbach,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
Dr. **Fritz Ungemach,** Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Fritz Utz,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach.
Dr. **Veit,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
Dr. **Vocke,** Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Völker,** Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
Priv.-Doz. Dr. **Heinr. Vogt,** Frankfurt a. M., Neues Senckenbergsches Institut.
Priv.-Doz. Dr. **Osk. Vogt,** Berlin W., Viktoriastr. 19.
Dr. **Vollheim,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. i. Pommern.
Dr. **Wachsmuth,** Oberarzt, städt. Anstalt Frankfurt a. M., Feldstr. 38.
Dr. **Alb. Wagner,** Bad Langenschwalbach, Sanat. Paulinenberg.
Dr. **Wahrendorff,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Waldschmidt,** Stadtrat, Nikolassee, v. Luckstr. 13.
San.-R. Dr. **Walter,** Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.
Dr. **Wanke,** Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).
Dr. **Warda,** Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.
Dr. **Wassermeyer,** Assist.-Arzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Wattenberg,** Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.
Geh. R. Dr. **Guido Weber,** Dir. d. Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **Wilh. Weber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Göttingen.
Dr. **Weichelt,** Dir. d. Anstalt St. Thomas, Andernach a. Rh.
Dr. **Wilh. Weidenmüller,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.
Dr. **Carl Weller,** Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Julius Weiler,** Dir. d. Privatanstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 38.

Dr. **Weißenborn,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Priv.-Doz. Dr. **Wendenburg,** Oberarzt, Lüneburg, Prov.-Anstalt.
San.-R. Dr. **Karl Werner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Paul Werner,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Prof. Dr. **A. Westphal,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **W. Weygandt,** Würzburg, Maxstr. 1 ptr.
Dr. **Wichmann,** Arzt, Pyrmont.
Dr. **E. Wiehl,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Priv.-Doz. Dr. **Karl Wilmanns,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Winckler,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Fel. Winkler,** Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Wörnlein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Otto Wolff,** Privatanstalt Katzenelnbogen (Nassau).
Dr. **Henry Wolfskehl,** Assist.-Arzt, Frankfurt a. M., Städtische Irrenanstalt.
Prof. Dr. **Wollenberg,** Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **O. Woltaer,** Dir. der Nervenheilanstalt Kleischer Wald b. Außig (Böhmen).
Med.-R. Dr. **Würschmidt,** Dir. d. Kreisanstalt Erlangen.
Dr. **Würth,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Würzburger,** Privatanstalt Herzogshöhe b. Bayreuth.
San.-R. Dr. **Zacher,** Baden-Baden, Sanat. Ebers.
Dr. **Theodor Zahn,** Nervenarzt, Stuttgart, Schloßstr. 40.
Geh. San.-R. Dr. **Zander,** Dir. d. Prov.-Anstalt Rybnik, O.-Schl.
Dr. **Ed. Zenker,** 2. Arzt, Privatanstalt Bergquell b. Stettin.
Geh. San.-R. Dr. **Wilh. Zenker,** Dir. d. Privatanstalt Bergquell b. Stettin
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ziehen,** Berlin W., Charité, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Ziertmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Karl Zinn,** Dir. d. Prov.-Anstalt Eberswalde.

Die Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung, ihres Titels oder Aufenthaltsortes dem Schriftführer mitzuteilen.





Verlag von Gustav Fischer in Jena.

JENA, im November 1907.

Soeben wurde vollständig der I. Band der:

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE ERFORSCHUNG UND BEHANDLUNG DES

JUGENDLICHEN SCHWACHSINNS

AUF WISSENSCHAFTLICHER GRUNDLAGE.

Zentralorgan für die gesamte wissenschaftliche Forschung, Anatomie, Klinik und Pathologie des jugendlichen Schwachsinns und seiner Grenzgebiete, für die Fragen der Fürsorge und Behandlung der Schwachsinnigen, für die Fürsorgeerziehung, für die Organisation der Hilfsschulen und Anstalten, für die einschlägigen Gebiete der Kriminalistik und forensischen Psychiatrie und der Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der normalen und pathologischen Geistesentwicklung im Kindesalter.

UNTER MITHERAUSGABE VON

ALT UCHTSPRINGE — ANTON HALLE a. S. — BINSWANGER JENA — CRAMER GÖTTINGEN — HEUBNER BERLIN

HOCHE FREIBURG i. B. — SIEMERLING KIEL — SOMMER GIESSEN — TUCZEK MARBURG — ZIEHEN BERLIN.

HERAUSGEGEBEN UND REDIGIERT VON

DR. MED. H. VOGT UND DR. MED. ET PHIL. W. WEYGANDT

PRIVATDOZENTEN AN DER UNIVERSITÄT GÖTTINGEN ANSTALTSARZT IN LANGENHAGEN

a. o. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG.

Zweimonatlich erscheint ein Heft im Umfang von etwa 6 Bogen oder Ausgleich durch Tafeln.

Sechs Hefte bilden einen Band; der Preis hierfür beträgt 15 M.

Die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage ist ein Gebiet, das einerseits einen wichtigen und wesentlichen Zweig ärztlich-psychiatrischer Forschung darstellt, andrerseits wegen seiner sozialen, pädagogischen und psychologischen Seite, sowie in mannigfacher anderer Beziehung, die Beachtung zahlreicher Kreise verdient. In der Überzeugung, daß den sich darbietenden Aufgaben eine große Bedeutung innewohnt, bei dem weiten Ausblick, der sich der wissenschaftlichen Forschung eröffnet, bei dem unfertigen und noch im Fluß befindlichen Zustand fast aller praktischen Fragen des Gebietes erschien es den Herausgebern wohl gerechtfertigt, ein Zentralisationsorgan für die einheitliche und planmäßige Bearbeitung des Gebietes zu schaffen.

Und zwar ungeachtet dessen, daß Klagen über eine Überproduktion auf dem Gebiete der Zeitschriftenliteratur nicht unberechtigt sind. Anders ist die Sachlage bei diesem neuen Organ. Das große Gebiet des jugendlichen Schwachsinns verfügte bisher über kein vom psychiatrischen Standpunkt geführtes Organ über keines, das eine Zusammenfassung der zahlreichen Fragen des Gebietes zu einheitlicher Bearbeitung gewährleistet. Die Zeitschrift, soll daher die Kräfte, die sich jenem Gebiete widmen, nicht noch weiter zersplittern, sondern sammeln. Die mannigfachen Angriffspunkte einer wissenschaftlichen Bearbeitung des Gebietes in allen seinen Abzweigungen berühren das Interesse des pathologischen und normalen Anatomen, des Kinder- und Nervenarztes, des Pädagogen und Psychologen, wie auch des Kriminalisten und Nationalökonomen. Es liegt im Plane des Unternehmens, eine gleichmäßige Bearbeitung des großen Stoffes vom Standpunkt der verschiedenen dafür interessierten Disziplinen zu sichern. So soll das Organ auch dazu dienen, auf einem Gebiete, wo die Arbeitsgebiete getrennter Interessenkreise sich begegnen, Fühlung und gegenseitiges Verständnis zu erzielen und zu erhalten.

Der Tätigkeit der Forscher eröffnet sich hier ein großes, fruchtbares Feld. Die normale und pathologische Anatomie des jugendlichen Schwachsinns, namentlich seiner tieferen Stufen, der Idiotie, die Untersuchung der Entwicklungsdefekte des Gehirns ist geeignet, uns nicht allein in den Mechanismus des Aufbaues unseres höchst-

organisierten Organs neue Einblicke zu eröffnen, sondern sie gibt auch Hinweise auf die Grundlage seelischer Vorgänge. In gleicher Weise liefert die psychologische Betrachtung dieser tiefsten Stufen der cerebralen Funktion uns Hilfsmittel zum Verständnis der wegen ihrer Kompliziertheit so schwer zugänglichen Höhe der normalen Funktion. Vielleicht eröffnet diese Betrachtung — die anatomische, wie die psychologische — ausgehend von den primitivsten Stufen unseres Seelenlebens und ihrer Grundlagen einen neuen Weg zur Erforschung der Psyche und ihrer Erkrankungen. Die physiologische Betrachtung, besonders das Gebiet der Stoffwechselanomalien, die innere Sekretion u. a. wird, wie sie in der Schilddrüsentherapie des Kretinismus usw. schon eines der glänzendsten Resultate ärztlich-wissenschaftlicher Forschung gezeitigt hat, auch weitere Wege der Erkennung und Heilung eröffnen.

Nicht weniger wichtig ist die Betrachtung vom Standpunkt des Pädagogen. Es erfordert psychologischen Scharfblick, Wissen und Können, die schlummernden Kräfte des Schwachsinnigen zu wecken und ihre Betätigung in die rechte Bahn zu leiten. In dem großen Heer der Schwachsinnigen ruht auch eine Summe guter Kraft; in der Hand des tüchtigen Lehrers und Erziehers kann diese Kraft zu tauglicher Arbeit nutzbar werden, ohne diese Leitung liegt sie brach oder vermehrt die Verbrechen.

Ein weiteres wichtiges Gebiet sehen wir in der sozialen Seite des Schwachsinns. Hier sind es vornehmlich die leichteren Stufen, welche den Juristen, den Sozialtheoretiker, den Arzt und den Erzieher zusammenführen. In der Fürsorgeerziehungsgesetzgebung sind neue Wege eröffnet, den sozialen Schäden jugendlicher Verwahrlosung zu begegnen. Auch der soziale Defekt kann als eine Krankheit betrachtet werden, der überaus oft auf körperliches oder geistiges Gebrechen zurückzuführen ist. So weist auch die Erfahrung mit dem Fürsorgegesetz hin auf die soziale Bedeutung der angeborenen oder früh erworbenen geistigen Minderwertigkeit, sie zeigt zugleich der sozialgesetzgeberischen, der kriminalistischen und forensischen Betrachtung neue Aufgaben und alte Erfahrungen im neuem Lichte.

Es ist nach alledem ein großes und wichtiges Gebiet, welches die neue Zeitschrift bearbeitet, und zugleich ist der Interessentenkreis ein großer.

Die Zeitschrift behandelt in Originalarbeiten die erwähnten Themata nach ihren verschiedenen Richtungen. Außerdem bringt sie unter dem Abschnitt „Besprechungen“ Referate über einschlägige Arbeiten. Diese Referate umfassen die zu den Aufgaben der Zeitschrift in Beziehung stehenden Arbeiten aus der medizinischen, pädagogischen, sozialwissenschaftlichen, anthropologischen etc. Zeitschriftenliteratur, sowie die wichtigsten hierhergehörigen monographischen Neuerscheinungen dieser Gebiete.

Außer den Herausgebern und Mitherausgebern haben die im folgenden genannten Herren ihre ständige Mitarbeit zugesagt und gewährleisten dadurch bereits eine gute Entwicklung des neuen Unternehmens. Der Inhalt des jetzt fertig vorliegenden ersten Bandes und die bereits zugesagten weiteren Beiträge sind am Schlusse dieses Prospektes angegeben.

Zu gefl. Bestellung auf die Zeitschrift bitte ich des beigegebenen Bestellzettels sich bedienen zu wollen und diesen derjenigen Buchhandlung zu übergeben, durch welche der Bezug gewünscht wird.

Hochachtungsvoll

Gustav Fischer.

Folgende Herren haben ihre ständige Mitarbeit zugesagt:

ACH, Prof. Dr. phil. et med., Königsberg. ALZHEIMER, Dr. med., Privatdozent, Oberarzt, München. AMENT, Dr. phil., Privatgelehrter, Würzburg. ASCHAFFENBURG, Prof. Dr. med., Köln. BAGINSKY, Prof. der Kinderheilkunde, Dr. med., Berlin. BAYERTHAL, Dr. med., Schularzt, Worms. BERNHARD, Dr. med., Schularzt, Berlin. BERKHAN, Dr. med., Sanitätsrat, Braunschweig. BIELSCHOWSKY, Dr. med., Berlin. BLEULER, Prof. Dr. med., Zürich. BÖTTGER, Hilfsschuldirektor, Leipzig. BONHOEFFER, Geh. Rat, Prof. Dr. med., Breslau. BRATZ, Dr. med., Oberarzt, Wuhlgarten bei Berlin. BRESLER, Dr. med., Oberarzt, Lublinitz. BRODMANN, Dr. med., Nervenarzt, Berlin. BRUNS, Prof. Dr. med., Nervenarzt, Hannover. BÜTTNER, Lehrer an der Hilfsschule, Worms. BUSCHAN, Dr. phil. et med., Stettin. CASSEL, Sanitätsrat Dr. med., Schularzt, Berlin. CLAPARÈDE, Dr. med., Privatdozent, Genf. CRON, Dr. phil., Heidelberg. CZERNY, Prof. der Kinderheilkunde, Dr. med., Breslau. DANNEMANN, Prof. Dr. med., Oberarzt, Gießen. DEGENKOLB, Dr. med., Oberarzt, Roda. DIX, Lehrer an der höheren Bürgerschule, Meißen. DOLL, Dr. med., prakt. Arzt, Karlsruhe.

DOUGLAS, Superintendent der Idiotenanstalt Royal Albert Asylum, Lancaster. DYROFF, Prof. Dr. phil., Bonn. EDINGER, Prof. Dr. med., Nervenarzt, Frankfurt a. M. ELSENHANS, Dr. med., Privatdozent, Heidelberg. ENGELSPERGER, Dr. phil., Lehrer an der Hilfsschule, München. ERNST, Prof. Dr. med., Heidelberg. FINGER, Prof. des Strafrechts, Dr. jur., Halle. FLISTER, Hauptlehrer, Uchtspringe. FOERSTER, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Bonn. FREUD, Prof. Dr. med., Wien. FUCHS, Leiter der Hilfsschulfiliale, Berlin. GAUPP, Prof. Dr. med., Tübingen. GEHEEB, Landerziehungsheimsdirektor, München. VAN GEHUCHTEN, Prof. Dr. med., Louvain. GOLDSCHEIDER, Geh. Rat Prof. Dr. med. Berlin. GODTFRINK, Rektor der Hilfsschule, Kiel. GROMANN, Zürich. GUTZMANN, Dr. med., Privatdozent, Berlin. HABERMAAS, Dr. med., Sanitätsrat, Stetten. HANSEN, Landesversicherungsrat, Kiel. HEILBRONNER, Prof. Dr. med., Utrecht. HELLER, Dr. phil., Wien. HENNEBERG, Prof. Dr. med., Berlin. HENZE, Rektor der Hilfsschule, Frankfurt a. M. HERFORT, Dr. med., Anstaltsdirektor, Prag. HIGIER, Prof. Dr. med., Warschau. HOFFA, Geh. Rat Prof. Dr. med., Berlin. HOMÉN, Prof. Dr. med., Helsingfors. HOPPE, Dr. med., Oberarzt, Uchtspringe. HORRIX, Hauptlehrer der Hilfsschule, Düsseldorf. JENZ, Medizinalarzt Dr. med., Anstaltsdirektor, Schwerin. KAES, Dr. med., Nervenarzt, Hamburg. KASSOWITZ, Prof. Dr. med., Wien. KELLER, Dr. med. Anstaltsdirektor, Breyning (Dänemark). KELLNER, Dr. med., Hamburg. KEMSIES, Prof. Dr. phil., Schuldirektor, Berlin. KIELHORN, Dr. phil., Schulrat, Braunschweig. KLUGE, Dr. med., Anstaltsdirektor, Potsdam. KLUMKER, Prof. Dr. phil., Leiter der Fürsorgezentrale, Frankfurt a. M. KNÖPFELMACHER, Dr. med., Privatdozent, Wien. KÖLPIN, Privatdozent Dr. med., Oberarzt, Andernach. KOENIG, Med.-Rat Dr. med., Dalldorf (Berlin). KULEMANN, Landgerichtsrat, Bremen. LAQUER, San.-Rat Dr. med., Nervenarzt, Frankfurt a. M. LAY, Dr. phil., Karlsruhe. LESSENICH, Dr., Leiter der Hilfsschule, Bonn. LEUBUSCHER, Geh. Rat Prof. Dr. med., Meiningen. LIEBMANN, Dr. med., Arzt für Sprachstörungen, Berlin. LIEPMANN, Prof. Dr. phil et med., Berlin. LORENTZ, Lehrer, Berlin. MARBURG, Dr. med., Wien. MARINESCO, Prof. Dr. med., Bukarest. MELTZER, Dr. med., Anstaltsarzt, Chemnitz-Altendorf. MENDEL, E., Prof. Dr. med., Berlin. MEUMANN, Prof. Dr. phil., Königsberg. MEYER, E., Prof. Dr. med., Königsberg. MEYER, G., Dr. phil., Lehrer, Würzburg. MINGAZZINI, Prof. Dr. med., Rom. MINOR, Dr. med., Privatdozent, Moskau. MITTERMAIER, Prof. des Strafrechts, Dr. jur., Gießen. MOELI, Geh. Rat, Prof. Dr. med., Anstaltsdirektor, Berlin. MOELLER, Dr. phil. et med., Nervenarzt, Berlin. MÖNKEMÖLLER, Dr. med., Oberarzt, Hildesheim. v. MONAKOW, Prof. Dr. med., Zürich. MOSES, Dr. med., Schularzt, Mannheim. NÄCKE, Med.-Rat, Anstaltsdirektor, Hubertusburg. NEISSER, Dr. med., Anstaltsdirektor, Bunzlau. NEUMANN, Dr. med., Nervenarzt, Karlsruhe. NOLTE, Oberamtsrichter, Braunschweig. NONNE, Prof. Dr. med., Oberarzt, Hamburg. OBERSTEINER, Prof. Dr. med., Wien. PABST, Dr. phil., Seminardirektor, Leipzig. PETRÉN, Prof. Dr. med., Upsala. PFAUNDLER, Prof. der Kinderheilkunde, Dr. med., München. PICK, A., Prof. Dr. med., Prag. PILCZ, Dr. med., Privatdozent, Wien. PROBST, Dr. med., Wien. v. RAD, Dr. med., Nervenarzt, Nürnberg. RAECKE, Prof. Dr. med., Oberarzt, Kiel. RANKE, Dr. med., Heidelberg. RANSCHBURG, Dr. med., Vorstand des psycholog. Laboratoriums

der Hilfsschulen, Budapest. REDLICH, Prof. Dr. med., Wien. REIN, Dr. med., Anstaltsarzt, Langenhagen. RETZIUS, Prof. Dr. med., Stockholm. RODENWALDT, Dr. med., Oberarzt, Berlin. SACHS, Dr. med., Nervenarzt, New York. SAENGER, Dr. med., Nervenarzt, Hamburg. SANDER, Dr. med., Anstaltsarzt, Ansbach. SCHAFFER, Prof. Dr. med., Budapest. SCHÄFER, A., Dr. med., Anstaltsdirektor, Roda. SCHÄFER, N., Dr. med., Privatdozent, Berlin. SCHINER, Oberlehrer, Wien. SCHLESINGER, Prof. Dr. med., Wien. SCHLOSSMANN, Prof. Dr. med., Düsseldorf. SCHMIDT, A., Prof. Dr. med., Sanitätsrat, Bonn. SCHMIDT, Dr. phil., Lehrer, Würzburg. SCHNITZER, Dr. med., Oberarzt, Stettin. SCHOBER, H., Hilfsschullehrer, Posen. SCHULTZE, Prof. Dr. med., Greifswald. SEELIG, Dr. med., Anstaltsarzt, Lichtenberg-Berlin. SHUTTLEWORTH, Dr. med., London. SICKINGER, Dr. phil., Schulrat, Mannheim. SIEGERT, Prof. Dr. med., Cöln. SIEMENS, Geh. Rat Dr. med., Anstaltsdirektor, Lauenburg. SIOLI, Prof. Dr. med., Anstaltsdirektor, Frankfurt a. M. SKLAREK, Dr. med., Anstaltsarzt, Dalldorf. SNELL, O., Dr. med., Anstaltsdirektor, Lüneburg. SONNENBERGER, Dr. med., Kinderarzt, Worms. SPIELMEYER, Privatdozent Dr. med., Freiburg i. B. STERN, Dr. phil., Privatdozent, Breslau. STRAKERJAHN, Hauptlehrer, Lübeck. STRANSKY, Dr. med., Wien. STRICKER, Dr. med., Generalarzt, Cassel. STROHMAYER, Dr. med., Privatdozent, Jena. UFFENHEIMER, Dr. med., Privatdozent, München. VERAGUTH, Dr. med., Privatdozent, Zürich. VÖLKER, Dr. med., Anstaltsdirektor, Langenhagen. VOGT, O., Prof. Dr. med., Berlin. WEBER, Prof. Dr. med., Oberarzt, Göttingen. WEHRHAHN, Dr. phil., Schulrat, Hannover. WENDENBURG, Dr. med., Anstaltsarzt, Lüneburg. WESTPHAL, Prof. Dr. med., Bonn. WOLLENBERG, Prof. Dr. med., Straßburg i. E. WYCHGRAM, Prof. Dr. phil., Schuldirektor, Berlin. ZAPPE, Dr. med., Anstaltsdirektor, Schleswig. ZIEGLER, Dr. phil., Lehrer a. d. Hilfsschule, München. ZINGERLE, Prof. Dr. med., Graz.

Der erste Band

(mit 1 Porträt, 56 Abbildungen im Text und 3 Tafeln)
hat folgenden Inhalt:

Erstes Heft.

Zweites Heft.

Drittes Heft.

Viertes Heft.

Fünftes Heft.

Sechstes Heft.

In den folgenden Heften werden u. a. die nachstehenden Arbeiten zur Veröffentlichung gelangen:

ALZHEIMER, Privatdozent, Oberarzt Dr. med., München, Bedeutung der Hirnanatomie für die Erforschung der Idiotie.
BUSCHAN, Dr. phil. et med., Stettin, Anthropologische Gesichtspunkte bei der Idiotie.
CRAMER, Geh. Rat, Professor Dr. med. A., Göttingen, Die Pubertät in ihrer Bedeutung für Lehrer und Erzieher.

Heller, Dr. phil., Wien, Über Dementia infantilis (Verblödung im Kindesalter).
Henze, Hilfsschulrektor, Frankfurt a. M., Die Organisation der Hilfsschule.
Derselbe, Fürsorge für entlassene Hilfsschüler.
Hoppe, Oberarzt Dr. med., Uchtspringe, Weiterer Beitrag zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels der Idioten.
Jenz, Medizinalrat Dr. med., Anstaltsdirektor, Schwerin, Über die Organisation von Idiotenanstalten mit besonderer Rücksicht auf Zweck und Ziele derselben.
Derselbe, Welche Kriterien müssen für die Entlassung aus Idiotenanstalten maßgebend sein, unter Zugrundelegung der Krankengeschichten und der weiteren Lebensschicksale der seit Bestehen der Schweriner Anstalt (1867) aus dieser Entlassenen.
Liebmann, Dr. med., Arzt für Sprachstörungen, Berlin, Die Sprache der Idioten.
Marinesco, Professor Dr. med., Bukarest, Untersuchungen über die Regeneration der nervösen Zentren.
von Monakow, Professor Dr. med., Zürich, Hirnanatomie und Bildungsfehler des Zentralnervensystems.
Neumann, Dr. med., Nervenarzt, Karlsruhe, Zur Ursachenlehre der Chorea minor.
Pabst, Dr. phil., Seminardirektor, Leipzig, Die Bedeutung des Handfertigkeitsunterrichts für die Erziehung Schwachsinniger.
Derselbe, Weiterer Beitrag zur Frage des Handfertigkeitsunterrichts.
Vogt, Privatdozent Dr. med. H., Langenhagen, Psychiatrie und Fürsorge-Erziehung.
Derselbe, Zur Diagnostik der tuberösen Sklerose.
Derselbe, in Gemeinschaft mit Rektor Henze, Die geistige Minderwertigkeit als Ausdruck der Familien- und Rassendegeneration.
Weygandt, Über die Prognose der Idiotie.
Zingerle, Prof., Graz, in Gemeinschaft mit Privatdozent Dr. med. Scholz, Histologische Untersuchung eines Falles von Kretinismus.

Aus dem Verlage von **Gustav Fischer** in **Jena** bestelle ich und erbitte die Zusendung durch die Buchhandlung

....

.... Expl. Zeitschrift für den jugendlichen Schwachsinn, herausgeg. von **VOGT** und **WEYGANDT**. Band I. Preis: M. 15.—.

.... do. do. Band II, Heft 1 u. ff.

Preis des Bandes von 6 Heften 15 Mark.

Ort und Tag: *Name:*

....

Ant. Kämpfe, Buchdruckerei, Jena.

Blankenburg (Harz)

Kuranstalt für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige von

San.-Rat Dr. **Müller** u. San.-Rat Dr. **Rehm.**

Gegründet 1862 als die erste ihrer Art. Großer alter Park.
Auch im Winter gut besucht.

Institut für Zurückgebliebene

E. Hasenfratz in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich** und **geistig Zurückgebliebener**, sowie **nervöser**, überhaupt **schwer erziehbarer** Knaben und Mädchen. **Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender Unterricht. Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine staatlich geprüfte Lehrkraft.

Sehr gesunde Lage. **Erste Referenzen.**

Bericht über **15-jährige Tätigkeit** und Prospekt gratis.

Sanatorium Buchheide

Finkenwalde b. Stettin.

Heilanstalt für

Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.

(Psychosen ausgeschlossen.)

4 Gebäude. **Dr. Colla.**

Heilstätte für alkoholkranke Männer

Ellikon a. d. Thur (Schweiz).

Gegründet 1889 als gemeinnütziges Institut

unter **ärztlicher** Aufsicht. Bescheidene Pensionspreise. Unbemittelten kann **durch** den Verein „Sobrietas“ (Verband geheilter Pfleglinge von Ellikon) sowie durch einen Spezialfonds der Anstalt Erleichterung der Kosten gewährt werden. **Anfragen** sind zu richten an **J. Bosshardt, Hausvater der Heilstätte in Ellikon a. d. Thur.** Ferner vermitteln Anfragen **und** sind zu jeder Auskunft über die Anstalt bereit die Herren **Prof. Dr. Bleuler, Burghölzli-Zürich V,** Präsident des Direktionskomitees, und **Direktor Dr. Ris, Rheinau** (Zürich).

Dr. GUDDENSCHE HEILANSTALT PÜTZCHEN

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts der gebildeten Stände

(Entziehungs-Kuren)

Am Fuße der Ausläufer des rhein. Siebengebirges.

Pavillonsystem • Zentralheizung • Elektr. Licht • Pension 240—300 Mk. • Familienanschluß
Vermietung von Etagen • Wagen im Hause • Telephon 229 (Amt Bonn) • Drei Ärzte.

Dr. C. GUDDEN, konsult. Arzt, Bonn. Dr. A. PEIPERS, dirig. Arzt und Besitzer.

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35

SOEBEN ERSCHIEN:

PATHOLOGIE UND THERAPIE DER KEHLKOPF-TUBERKULOSE

von **Dr. G. Besold** Badenweiler früherem leitenden Arzte der Heilanstalt Falkenstein-Taunus.

und **Dr. H. Gidionsen,** Düsseldorf früherem II. Arzte der Heilanstalt Falkenstein-Taunus.

Mit einem Geleitworte

von

Exzellenz Wirkl. Geheimrat Prof. D. Dr. med. **Moritz Schmidt.**

Mit 7 Tafeln und 1 Textabbildung.

PREIS M. 4.—.

TUBERKULOSESTUDIEN

VON

H. BEITZKE, F. DAELS, E. KLEBS, M. KOCH, J. ORTH, L. RABINOWITSCH.

Mit 16 Tafeln, 3 Textabbildungen und 13 Tabellentafeln.

PREIS MARK 16.—.

Dieses Werk ist auch als Beiheft zum 190. Bande von „Virchows Archi[v] für Pathologische Anatomie und Physiologie und für klinisch[e] Medizin“ erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen.

VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35.

Soeben erschien:

Carl Schurz

Lebenserinnerungen

:: **Band II (Schlußband).** ::

Preis geh. M. 9.—, geb. M. 10.—.

Früher erschien: **Band I.**

Preis geh. M. 7.—, geb. M. 8.—.

Zu den seltenen Menschen, deren Name in zwei Welten vollen Heimatklang hat, gehört Carl Schurz: als Jüngling die lichteste Gestalt aus der politischen Frührenaissance Deutschlands, als Mann und Greis der Liebling und Nestor unter den staatsmännischen und geistigen Führern seines Adoptivvaterlandes. Er war Amerikaner geworden und Deutscher geblieben; er hat den Träumen seiner Jugend Achtung gezollt, als er Mann geworden war. Eine Primzahl an Gaben und Charakter, ein Kolonisator deutscher Art in seiner neuen Heimat. :: :: :: ::

Inhalt.

Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXIV

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1906

REDIGIERT

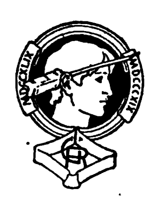
VON

ERNST SCHULTZE UND **OTTO SNELL**

O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 24. SEPTEMBER 1907



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1907.

JÄHRLICH EIN BAND VON 7 HEFTEN PREIS PRO BAND 30 MARK
(6 HEFTE ORIGINALIEN UND 1 HEFT LITERATURBERICHT).

Die Drucklegung dieses Heftes, dessen Manuskript zum größten Teile im Monat März fertig gestellt war, hat sich leider durch unvorhergesehene Hindernisse verzögert.



Unter allen Mitteln,

welche die Darmtätigkeit anregen und die Stuhlfunktion regulieren, nehmen Apotheker

„*Kanoldt's Tamarinden*" aus **Gotha** den ersten Platz mit ein.

Namhafte Ärzte bestätigen die prompte und sichere Wirkung dieses **Laxativs** in Konfitürenform gegen ***Verstopfung, trägen Stuhl*** und deren Folgen, wie ***Hämorrhoiden, Kongestionen, Leberleiden, Migräne*** usw.

In Schachteln (6 Stück) für 80 Pf., auch lose in Kartons à 50 und 100 Stück ***aus fast allen Apotheken zu beziehen.***



Allein echt, wenn von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha.

PRIVAT-HEIL-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTSKRANKE

WOLTORF (Braunschweig). Fernsprecher, Amt Peine 288.

Ruhig gelegene Anstalt mit großem Park in waldreicher Umgebung — Zwei Häuser — Elektrisches Licht — Zentralheizung — Beschränkte Patientenzahl — Aufnahme von Pensionären — Monatspension 150—250 M. — Auskunft und Prospekte durch den leitenden Arzt

Dr. ALBER

früher vieljähriger Assistenzarzt an der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen.

Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke

von **Dr. Richard Fischer**

Neckargemünd bei Heidelberg.

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

—— Prospekte frei durch die Direktion. ——

J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung, G. m. b. H. in Berlin W. 35.

Krankenversicherungsgesetz. Text-Ausgabe mit Anmerkungen und Sachregister von **Dr. E. v. Woedtke.** Elfte, neu bearbeitete Auflage. Herausg. von Dr. Georg Eucken-Addenhausen, Geh. Regierungsrat und vortr. Rat im Reichsamt des Innern. Taschenformat. Gebunden in ganz Leinen 3 Mk. Der größere Kommentar erscheint nach Verabschiedung der in Aussicht stehenden Novelle.

Heilanstalt Kennenburg bei Esslingen (Württemberg)

für psychisch Kranke weibl. Geschlechts.

—— **Prospekte frei durch die Direktion.** ——

Besitzer und leitender Arzt Hofrat **Dr. Landerer.** — **Dr. Krauss.**



Dr. GUDDENSCHE HEILANSTALT PÜTZCHEN

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts der gebildeten Stände

(Entziehungs-Kuren)

Am Fuße der Ausläufer des rhein. Siebengebirges.

Pavillonsystem • Zentralheizung • Elektr. Licht • Pension 240—300 Mk. • Familienanschluß
Vermietung von Etagen • Wagen im Hause • Telephon 229 (Amt Bonn) • Drei Ärzte.

Dr. C. GUDDEN, konsult. Arzt, Bonn. Dr. A. PEIPERS, dirig. Arzt und Besitzer.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

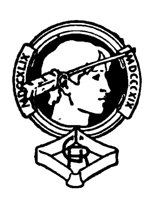
BONHOEFFER BRESLAU · **CRAMER** GÖTTINGEN · **v. GRASHEY** MÜNCHEN · **KREUSER** WINNENTAL · **PELMAN** BONN · **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

VIERUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1907

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1906

REDIGIERT

VON

ERNST SCHULTZE UND **OTTO SNELL**

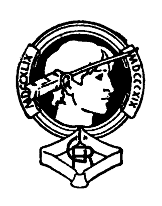
O. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 64. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1907



1. Psychologie und Psychophysik.

Ref. Arthur Wreschner-Zürich.

1. *Abels, H.,* Über Nachempfindungen im Gebiete des kinaesthetischen und statischen Sinnes. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 43, S. 268—289 und 374—422.
2. *Ach, N.,* II. Kongreß für experimentelle Psychologie. Ebda. I. Abt., Bd. 43, S. 425—434.
3. *Ackerknecht, E.,* Zur Konzentrationsfähigkeit des Träumenden. Ebda. I. Abt., Bd. 41, S. 423—424.
4. *Asher, L.,* Das Gesetz der spezifischen Sinnesenergie und seine Beziehung zur Entwicklungslehre. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 157—181.
5. *Aster, E. v.,* Beiträge zur Psychologie der Raumwahrnehmung. Ebda. I. Abt., Bd. 43, S. 161—203.
6. *Bárány, R.,* Beitrag zur Lehre von den Funktionen der Bogengänge. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 36—44.
7. *Bell, A.,* and *Muckenhoupt, L.,* A comparaison of methods for the determination of ideational types. American Journal of Psychology. Vol. 17, S. 121—126.
8. *Bertley, M.,* The Psychology of organic movements. Ebda. S. 293—305.
9. *Benussi, V.,* Experimentelles über Vorstellungsinadaequatheit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorg. I. Abt., Bd. 42, S. 22—55.
10. *Bianchini, L.,* La Psicologia della Colonizzazione nell' Africa periequatoriale. Rivista di Psicologia applicata alla Pedagogia ed alla Psicopatologia. II. Jahrg., Heft 6.
11. *Bianchini, L.,* Observation sur les tableaux cliniques de Paranoia et Démence paranoide. Revue Neurologique No. 14.

12. *Binet, A.,* Pour la Philosophie de la conscience. Année Psychologique. Tome XII. S. 113—136.
13. *Binet, A.,* et *Simon, Th.,* La misère physiologique et la misère sociale. Ebda. S. 1—24.
14. *Binet, A., Simon, Th.,* et *Vaney, M.,* Pédagogie scientifique. Ebda. S. 231—274.
15. *Blaringhem, L.,* La notion d'espèce et la théorie de la mutation. Ebda. S. 95—112.
16. *Bleuler, E.,* Psychophysischer Parallelismus und ein bischen andere Erkenntnistheorie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 41, S. 15—27.

Es werden 3 Arten von psychophys. Parallelismus unterschieden: 1. der empirisch-psychologische *Wundts*; er nützt sehr wenig. 2. der eigentliche Parallelismus, wie er z. B. von den Occasionalisten vertreten wurde: er ist erkenntnistheoretisch unhaltbar, denn „die Realität der Psyche ist eine absolute, aber subjektive; die der physischen Welt ist eine relative, d. h. hypothetische, aber dafür objektive und zugleich die des naiven Bewußtseins" (S. 21). 3. der von *Spinoza, Fechner, Möbius* u. a. verfochtene; er ist kein Parallelismus sondern eine Identitätshypothese.

17. *Bohn, G.,* Les tropismes, les réflexes et l'intelligence. Année psychologique. Tome XII, S. 137—156.
18. *Bonnier, G.,* L'intelligence chez les abeilles. Ebda. S. 25—33.
19. *Borgquist, A.,* Crying. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 17, S. 149—205.
20. *Boswell, F. B.,* Irradiation der Gesichtsempfindung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 119—126.
21. *Bourdon, B.,* Influence de la force centrifuge sur la perception de la verticale. Année psychologique. Tome XII, S. 84—94.
22. *Browne, E.,* The Psychology of the simple arithmetical processes: A study of certain habits of attention and association. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 1—37.
23. *Büchner, M.,* Über das Ansteigen der Helligkeitserregung. Psychologische Studien. II. Bd., S. 1—29.
24. *Bunnermann, O.,* Über den Begriff des Psychischen. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 29. Jahrg. No. 211 u. 212.

25. *Burmester, L.*, Theorie d. geometrisch-optischen Gestalttäuschungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg I. Abt., Bd. 41, S. 321—348.

Verf. gelangt zu folgenden Sätzen: 1. „Bei den Gestalttäuschungen gehen die Verbindungsgraden der entsprechenden Punkte des Objektbildes und des Trugbildes durch den Drehpunkt des beobachtenden Auges.“ 2. „Bei den Gestalttäuschungen entspricht einer durch den Hauptpunkt gehenden Objektebene eine Trugebene, die sich in der Neutralebene schneiden und beiderseit mit derselben gleiche Winkel bilden.“ 3. „Bei den geometrisch-optischen Gestalttäuschungen stehen die entsprechenden Objektgebilde und Truggebilde in der Beziehung der involutorischen Reliefperspektive, bei welcher der Augdrehpunkt der Gesichtspunkt und die Neutralebene die selbstentsprechende Ebene ist.“ Als involutorisch wird hierbei diejenige Reliefperspektive bezeichnet, die sich durch wechselweises Entsprechen der Elemente auszeichnet. 4. „Einem um den Hauptpunkt beschriebenen Objektkreis entspricht ein Trugkegelschnitt, für welchen der Hauptpunkt ein Brennpunkt und die Trugfluchtlinie die zugehörige Leitlinie ist.“ 5. „Bei der Bewegung des Gesichtspunktes auf einer in der Normalebene liegenden Graden ist die Bahn des Trugpunktes, der einem in der Normalebene befindlichen Objektpunkt entspricht, ein durch diesen Objektpunkt gehender Kegelschnitt, für welchen der Hauptpunkt ein Brennpunkt und diese Grade die zugehörige Leitlinie ist.“

26. *Chamberlain, A. F.*, Acquisition of written language by primitive peoples. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 69—80.

27. *Chamberlain, A. F.* and *J.*, Hypnagogik images and bi-vision in early childhood. A note. Ebda. S. 272—273.

28. *Claparède, E.*, La psychologie judiciaire. Année Psychologique. Tome XII, S. 275—302.

29. *Collin, W. A.* u. *Nagel*, Erworbene Tritanopie (Violettblindheit). Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 74—88.

30. *Cornelius, H.*, Psychologische Prinzipienfragen. I. Psychologie und Erkenntnistheorie. Ebda. I. Abt., Bd. 42, S. 401—413. II. Das Material der Phaenomenologie. Ebda. I. Abt., Bd. 43, S. 18—39.

31. *Eisenmeier, J.*, Untersuchungen zur Helligkeitsfrage. (Halle a. S., Niemeyer.) 66 S.

32. *Ertl, H.*, Vollständiger Lehrkurs des Hypnotismus. (Leipzig, Fiedler.) 109 S.

33. *Ferree, C. E.*, An experimental examination of the phenomena usually attributed to fluctuation of attention. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 81—120.

34. *Foster, E.*, and *Gamble, E.*, The effect of music in thoracic breathing. Ebda. S. 406—414.

35. *Foth, M.*, Wie rahmen wir unsere Bilder ein? Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorg. I. Abt., Bd. 41, S. 145—163.

36. *Franz, S. J.*, The time of some mental processes in the retardation and excitement of insanity. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 38—68.

37. *Freund, H.*, Über Hypnose und Suggestion. Wiener klinische Rundschau. No. 24/25.

38. *Geißler, K.*, Persönlichkeitsgefühl, Empfindung, Sein und Bewußtsein. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. 7, S. 33—52.

39. *Gesell, A. L.*, Fealousy. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 437—496.

40. *Goldstein, K.*, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Association. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 41, S. 38 bis 47 und 117—144.

Die Versuche sind an 7 Kranken angestellt, von denen 3 an angeborenem, 2 an senilem und je einer an paralytischem und epileptischem Schwachsinn litten; sie betrafen die Merkfähigkeit (Fähigkeit des Behaltens von frischen Eindrücken), das Gedächtnis (d. h. in der Jugend erworbener Kenntnisschatz), die vorhandenen und neu erworbenen Assoziationen. Die Hauptergebnisse sind: 1. „Für das eigentliche Gedächtnis ist die assoziative Merkfähigkeit Hauptgrundlage, die Einprägung von geringerer Bedeutung; umgekehrt für die Merkfähigkeit.“ Bei letzterer kommt es aber sehr darauf an, ob es sich um ein Merken für kurze oder lange Zeiten handelt; je kürzer die Zwischenzeit ist, um so wichtiger wird die assoziative Tätigkeit. 2. Während die assoziative Merkfähigkeit in engster Beziehung zum Assoziationsmechanismus steht, ist die Einprägung von ihm unabhängig, ja zuweilen verschieden. 3. Die Imbecillität weist gute Ausbildung der Einprägungsfähigkeit bei mangelhafter Assoziationstätigkeit und assoziativer Merkfähigkeit auf, während bei angeborenem Schwachsinn sich das Verhältnis umkehrt. 4. Beim erworbenen Schwachsinn können die Kenntnisse bei schon hochgradig gestörter Merkfähigkeit noch gut erhalten sein; beim angeborenen Schwachsinn greift wieder das entgegengesetzte Verhältnis Platz. 5. Der Erwerb von Kenntnissen verlangt neben der Einprägung und assoziativen Merkfähigkeit noch die „apperzeptive Anlage“, in deren Mangelhaftigkeit der Hauptdefekt des angebornen Schwachsinns gelegen ist.

41. *Grünberg, V.*, Über die scheinbare Verschiebung zwischen zwei verschiedenfarbigen Flächen im durchfallenden diffusen Lichte. Ebda. I. Abt., Bd. 42, S. 10—21.

42. *Guttmann, A.*, Ein Fall von Grünblindheit (Deuteranopie) mit ungewöhnlichen Komplikationen. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 45—56.

43. *Hammer, B.*, Zur Kritik des Problems der Aufmerksamkeitsschwankungen. Ebda. I. Abt., Bd. 41, S. 48—50.

44. *Hayden, E. A.*, Memory for lifted weights. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 497—521.

45. *Hayes, S. P.*, A study of the affective qualities. Ebda. S. 358—393.

46. *Heinrich, W.*, Über die Intensitätsänderungen schwacher Geräusche. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 57—58.

47. *Heinrich, W.*, u. *Chwistek, L.*, Über das periodische Verschwinden kleiner Punkte. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 59—73.

48. *Hellpach, W.*, Grundgedanken zur Wissenschaftslehre der Psychopathologie. I. Der Gegenstand der Psychopathologie. Archivf. die gesamte Psychologie. Bd. VII. S. 143—226.

49. *Henrici*, Über respiratorische Druckschwankungen in den Nebenhöhlen der Nase. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 283—289.

50. *Heymans, G.*, Untersuchungen über psychische Hemmung. Ebda. I. Abt., Bd. 41, S. 28—37 und 89—116.

51. *Heymans, G.*, Weitere Daten über Depersonalisation und „Fausse Reconnaissance“. Ebda. I. Abt., Bd. 43, S. 1—17.

Die wesentlichsten Resultate einer Enquête waren: Die Prädisposition zur Depersonalisation und Fausse Reconnaissance hängt mit der zum Fremdfinden eines bekannten Wortes zusammen; alle diese Erscheinungen kommen namentlich bei Personen mit geringer psychischer Stabilität vor; Umstände, welche eine zeitweilige Herabsetzung der psychischen Energie bewirken, begünstigen die Entstehung von Depersonalisation und Fausse Reconnaissance. Es handelt sich also bei diesen Erscheinungen um „das Wegfallen oder Zurückweichen der die Bekanntheitsqualität vermittelnden Assoziationen“.

52. *Heymans, G.*, und *Wiersma, E.*, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. Ebda. I. Abt., Bd. 42, S. 81—127 u. 258—301; Bd. 43, S. 321—373.

Auch hier handelt es sich um die Ergebnisse einer Enquête, bei der Bogen mit 90 Fragen an Ärzte versandt wurden, um den Einfluß der psychischen Heredität und der Geschlechtsanlage zu ermitteln. Die Fragen betrafen Bewegungen und Handeln, Gefühl, Sekundärfunktionen (z. B. Tröstbarkeit, Versöhnlichkeit), Intellekt und Verwandtes, Neigungen, Verschiedenes (z. B. Zerstreutheit, Pünktlichkeit). Es liefen 400 Antworten mit Charakterisierungen von 2415 Personen ein. Es ergab sich eine durchgängige und ausnahmslose Erblichkeit, die häufiger eine gleichgeschlechtliche (von Mutter auf Tochter oder von Vater auf Sohn) als eine gekreuztgeschlechtliche war; auch die rein väterliche oder rein mütterliche Erblichkeit zeigte sich in hohem Grade bevorzugt.

53. *Hohenemser, R.*, Die Quarte als Zusammenklang. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 41, S. 164—175.
54. *Hollands, H.*, Wundts doctrine of psychical analysis and the psychical elements, and some recent criticism. II Feeling and Feeling-Analysis. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII. S. 206—226.
55. *Jacobsohn, S.*, Über subjektive Mitten verschiedener Farben auf Grund ihres Cohaerenzgrades. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 43, S. 40—95 und 204—229.
56. *Jaensch, E.*, Über die Beziehungen von Zeitschätzung und Bewegungsempfindung. Ebda. I. Abt., Bd. 41, S.257—279.

Es handelt sich um die *Loeb*sche Beobachtung, daß eine Bewegung um so mehr überschätzt wird, je verkürzter die Muskeln bereits bei Beginn der Bewegung sind. Diese Tatsache ergab sich bei 2 nacheinander gezeichneten, aneinander grenzenden und gleich geschätzten Strecken sowohl in der Richtung vom Körper weg als wie zu ihm hin. Den Grund sieht Verf. darin, daß die beiden gleichgeschätzten Bewegungen, laut Registrierung durch pneumatische Übertragung am Kymographion, in gleich langen Zeiten, die ja mit gleich großen Bewegungen fest assoziiert sind, ausgeführt wurden. Die Verlangsamung der Bewegung war nicht etwa dadurch bedingt, daß eine gezeichnete Strecke sich in der Reproduktion verkürzt. Denn als die sonst innegehaltene Sukzession der Strecken umgekehrt wurde, trat doch die *Loeb*sche Tatsache wieder in voller Stärke ein. Es müssen also mechanische Faktoren, die in dem Bau der Muskulatur begründet sind, herangezogen werden. Übrigens trat die *Loeb*sche Täuschung bei Bewegung auf den Körper zu weniger konstant hervor, da die Verp. hier eine gewisse Vorstellung von der Länge der in 2 Etappen zurückzulegenden Strecke hat und den ungefähren Halbierungspunkt schon im Voraus festlegen kann.

57. *Jaensch, E.*, Über Täuschungen des Tastsinns. Ebda. I. Abt., Bd. 41, S. 280—294 und 382—422.

Bei Abtastung eingeteilter und uneingeteilter Strecken von gleicher Länge wurden jene von Sehenden wie Blinden überschätzt, weil ihre Abtastung eine längere Zeit beanspruchte. Die Registrierung der letzteren erfolgte auf elektromagnetischem Wege am Kymographion. Bei den ersten Versuchen und namentlich bei langen Strecken trat übrigens eine Unterschätzung der eingeteilten Strecke auf, weil, wie Verf. experimentell ermittelte, in der Reproduktion die Bewegung infolge der nötigen Vorsicht, nicht über das Ziel hinauszuschießen, zu klein ausfällt. Daher tritt auch die Überschätzung viel schneller bei Beginn mit kurzen und mit langen Strecken ein. Dementsprechend wurde auch beim Abtasten 2 gleich langer Buchstaben in der Antiqua- und Brailleschrift von Sehenden dieser und von Blinden jener als der größere bezeichnet. — Von welch entscheidender Bedeutung die Zeit auf die Schätzung abgetasteter Strecken ist, zeigten auch Versuche, bei denen eine Strecke zuerst nach einer viel größeren abgetastet wurde, um dann nach einer viel kleineren Strecke tactil reproduziert zu werden. Bei Sehenden und namentlich bei Blinden fiel die Reproduktion viel zu lang aus, aber die Bewegungszeiten waren bei beiden Vergleichsstrecken annähernd die nämlichen. Dieses war auch der Fall, als die nach einer viel kürzeren Strecke abgetastete Distanz nach einer viel größeren reproduziert werden sollte, nur war hier die Reproduktion zu kurz. Bedang diese eine etwas längere Zeit, dann war dies bei beiden Versuchsanordnungen der Fall, also in der Reproduktion begründet. Die Variation in der Geschwindigkeit des Abtastens der Vergleichsstrecke, je nach der Länge des vorausgehenden Ansatzstückes, will Verf. auf die motorische Einstellung zurückführen und bringt den experimentellen Nachweis, daß bei seiner Versuchsanordnung die Bewegung bei dem langen Ansatzstück sich zuerst beschleunigte, dann aber verlangsamte. Wurde dagegen das lange Ansatzstück dreimal hintereinander vor der Normalstrecke abgetastet, dann wurde diese unterschätzt oder die Angleichungstäuschung schlug in eine Kontrasttäuschung um; die Zeiten für die verglichenen Strecken waren aber auch hier annähernd gleich. Diese erklären auch manche andere Täuschungen im Tastsinn z. B. die Überschätzung bei Abtastung unter starkem Druck. Auch ist es nunmehr erklärlich, daß nach dreimaliger Durchstreifung eine Strecke in der Reproduktion kürzer ausfällt, als nach einmaliger Durchstreifung. — Wahrscheinlich spielt die Zeit auch bei den geometrisch-optischen Täuschungen eine Rolle.

58. *Kafka, G.*, Über das Ansteigen der Tonerregung. Psychologische Studien (herausgegeben von Wundt, Verlag von Engelmann). Bd. II, S. 256—292.

59. *Katz, D.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Kinderzeichnungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 41, S. 241—256.

3 Mädchen von 5, 6 und 7 Jahren hatten mit Hilfe des Lineals Modelle aus blauer Pappe und deren Wiedergabe in Vorlagen nachzuzeichnen. Die Kinder gaben nicht wieder, was sie wahrnahmen, sondern was sie von den wahrgenommenen Gegenständen wußten. Bei dem Versuch, die Entstehung dieses Wissens zu erklären, lehnt sich Verf. an *Husserl* an: Die Empfindungskomplexe sind zumeist nur inadaequate Wahrnehmungen für die durch sie repräsentierten Gegenstände. Wie diese Repräsentationen zustande kommen, wird an einzelnen Fällen dargelegt.

60. *Katz, D.*, Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Vergleichs im Gebiete des Zeitsinns. Ebda. I. Abt., Bd. 42, S. 302—340 und 414—450.

Die verglichenen Intervalle waren leer und durch Telephongeräusche begrenzt. Die Länge der zu benutzenden Haupt- oder Normalintervalle wurde zunächst in Vorversuchen festgestellt. Es zeigte sich, daß es kurze, angemessene oder angenehme und lange anschaulich erlebbare Zeiten gibt. Bei den ersten, die bis zu 500 σ reichen, vereinigen sich die begrenzenden Geräusche ohne besonders darauf gerichtete Aufmerksamkeit zu einem Ganzen; bei den zweiten, zwischen 500 und 650 σ, ist hierzu bereits eine merkliche Anspannung der Aufmerksamkeit erforderlich; sind die Intervalle noch länger als 650 σ, dann bereitet die Zusammenfassung der Grenzgeräusche eine mit der Größe wachsende Schwierigkeit; die obere Grenze der anschaulich erlebbaren Zeit liegt bei 2900—3600 σ. Verf. experimentierte daher unter Anwendung des *Schumann*schen Kontaktapparates mit Hauptintervallen von 300, 600, 1200, 1800 und 3600 σ; jedes dieser Hauptintervalle wurde nach der Konstanzmethode mit sich selbst und je 3 größeren und kleineren nachfolgenden Vergleichsintervallen verglichen; geurteilt wurde viel kleiner, kleiner, gleich, größer, viel größer und unbestimmt. Die Pausen zwischen 2 miteinander verglichenen Intervallen waren 0, 0.9, 1.8, 14.4 54 und 108 Sek. Eine Reproduktion des Hauptintervalls in der Pause war untersagt. Die Urteile bezogen sich stets auf das zweite, also auf das Vergleichsintervall. Bei Pausen über 1.8 Sek. wurde letzteres signalisiert. Die Verrechnung der Resultate erfolgte nach *G. E. Müllers*: Die Gesichtspunkte und die Tatsachen der psychophysischen Methodik. Bei einem Hauptintervall von 600 σ ergab nun eine Verlängerung oder eine Verkürzung der Pause von 1.8 Sek. eine wachsende Überschätzung des Vergleichsintervalls. Bei den kleineren Pausen liegt der Grund hierfür in der Rhythmisierung, wodurch das das 2. Intervall beschließende Geräusch stärker als die vorhergehenden erscheint. Im Übrigen zeigte eine Versuchsreihe mit einem Hauptintervall von 1200 σ, bei der das eine Mal die Intervalle mit aktiver Aufmerksamkeit, das andere Mal dagegen das Vergleichsintervall bei Ablenkung der Aufmerksamkeit durch Betrachtung von Bildern oder Lesen von Silbenreihen erfaßt wurde, für die letzteren Fälle eine Unterschätzung des 2. Intervalls: „Von einer gewissen Größe der Intervalle an bewirkt eine stärkere Konzentration der Aufmerksamkeit auf den zeit-

lichen Verlauf eine scheinbare Verlängerung der Intervalle.“ Wurde daher in einer neuen Versuchsreihe mit einem Hauptintervall von 600 σ und mit Pausen von 1.8, 9 und 18 Sek. die Versuchsperson aufgefordert, bei allen Pausen das Vergleichsintervall mit derselben Konzentration der Aufmerksamkeit zu erfassen, dann fiel der erwähnte Einfluß der Pausenverlängerung weg. Und so glaubt sich Verf. zu dem Satze berechtigt: Bei einer adäquaten Hauptzeit von 600 σ bleibt die Veränderung der Pause ohne Einfluß. Dagegen führte eine Verlängerung der Pause über 1.8 Sek. bei einem Hauptintervall von 300 σ zur Unterschätzung und bei einem solchen von 1800 und 3600 σ zur Überschätzung des 2. Intervalls; die Sicherheit der Urteile wuchs mit der Pausenlänge. Diese Tatsachen will Verf. mit einer Beurteilung nach dem absoluten Eindruck des 2. Intervalls, wozu noch eine Einstellung auf Grund des 1. Intervalls komme, erklären; eine Vergleichung finde nicht statt. „Das Urteil ist fertig mit dem 2. Schlag des 2. Intervalls, während von dem 1. Intervall im Bewußtsein nichts mehr vorzufinden ist.“ Je länger die Pause ist, um so stärker konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf das 2. Intervall, und um so deutlicher tritt dadurch der absolute Eindruck des letzteren hervor. Diesen Ergebnissen soll eine allgemeine Gültigkeit zukommen: „Es gibt für jedes Versuchsgebiet Reize von einer gewissen Größe, die wir als mittlere bezeichnen. Ihnen entsprechen Empfindungen von einer Stärke, wie wir sie gewöhnlich erwarten, auf welche wir eingestellt sind. (Das Gebiet, in welchem jene liegen, wollen wir als Indifferenzgebiet bezeichnen.) Reize, die den angrenzenden Gebieten angehören, vermögen die Aufmerksamkeit wegen ihrer hohen oder geringen Intensität in besonderem Maße zu erregen, um so mehr, je weiter sie vom Indifferenzgebiet entfernt sind. Desto schärfer tritt ihre Eigenart hervor.“ Dieses Indifferenzgebiet schwankt nach Person (z. B. negative und positive Typen) und Umständen (z. B. Ermüdung, Übung). Im 2. Teile werden noch die Ergebnisse von Versuchen mit einmaliger bis fünfmaliger Wiederholung des Hauptintervalls, das 300, 600 oder 1800 σ betrug und stets wiederum an erster Stelle geboten wurde, mitgeteilt; jedes Hauptintervall wurde auch hier mit 7 Vergleichsintervallen verglichen. Die Wiederholung bewirkte ebenfalls, daß das Vergleichsintervall mehr in seiner Eigentümlichkeit erfaßt wurde, also der absolute Eindruck sich stärker geltend machte. Die fünfmalige Wiederholung wirkte bereits ermüdend. — Endlich sei noch erwähnt, daß bei einem Hauptintervall von 600 σ der Wegfall des Signals vor dem 2. Intervall eine geringe Zunahme der Unterschiedsempfindlichkeit und bei längerer Pause eine geringe Unterschätzung des 2. Intervalls bedang.

61. *Krüger, F.*, Die Theorie der Konsonanz. Eine psychologische Auseinandersetzung vornehmlich mit C. Stumpf und Th. Lipps. Psychologische Studien. Bd. I, S. 305—387 und Bd. II, S. 205 bis 255.

62. *Kirschmann, A.*, Normale und anomale Farbensysteme. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. VI, S. 397—424.

63. *Larguier, J.*, La psychologie judiciaire. Le témoignage. Année psychologique. Tome XII, S. 157—232.

64. *Lehmann, A.*, Beiträge zur Psychodynamik der Gewichtsempfindungen. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. VI, S. 425—499.

Die Arbeit ist eine Ergänzung von des Verfs. „Elemente der Psychodynamik" und will die Gültigkeit der hier aufgestellten „Bahnungsgesetze" im Gebiete der Gewichtsempfindungen experimentell nachweisen und sucht die Ursachen des positiven Zeitfehlers aufzudecken. Die Gewichte wurden in Kästchen gehoben.

65. *Levy, M.*, Studien über die experimentelle Beeinflussung des Vorstellungsverlaufs. Ztschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 42, S. 128—161.

Es wurden vor fortlaufend sprechenden Geisteskranken am Krankenbette Worte ausgesprochen („freie Versuchsanordnung"), um den Einfluß auf den Fortgang der Rede zu beobachten. Die ausgesprochenen Worte waren Substantiva, die im Leben des Erwachsenen Anlaß zu zahlreichen und gefühlsbetonten Assoziationen geben (z. B. Liebe), oder solche, die auch noch die Phantasietätigkeit anregen (z. B. Hölle) oder solche mit „blasserem" und „dürftigerem" Inhalte (z. B. Fisch), oder inhaltslose (z. B. Fremdwörter), oder endlich solche, welche zu paranoischen Ideen in besonders enger Beziehung stehen (z. B. Gift), bzw. „Lockrufe" aus der speziellen Krankengeschichte darstellten. Von diesen Experimenten und ihren Ergebnissen erfährt man jedoch durch die vorliegende Abhandlung so gut wie nichts, vielmehr erschöpft sie sich in ganz allgemeinen, kritischen und unkritischen Betrachtungen.

66. *Lipps, Th.*, Über Urteilsgefühle. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. VII, S. 1—32.

67. *Lohmann, W.*, Über Helladaptation. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. II. Abt., Bd. 41, S. 290—311.

68. *Mach, E.*, Sur le rapport de la physique avec la psychologie. Année psychologique. Tome XII, S. 303—318.

69. *Martin, L. J.*, The electrical supply in the new psychological laboratory at the Leland Stanford, Fr., University. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 274—279.

70. *Meinong, A.*, In Sachen der Annahmen. Ztschr. für Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 41, S. 1—14.

71. *Möbius, P. J.*, Die Hoffnungslosigkeit aller Psychologie (Verlag: C. Marhold, Halle a. S.). 69 S.

Eine Psychologie als Naturwissenschaft gibt es nicht, trotz all der Einzelergebnisse, welche die moderne Psychologie zusammenträgt. Denn alle empirische Psychologie ist nur „Selbstbeobachtung mit denkender Bearbeitung“. Darüber hinaus kann sich der Mensch nur noch mit Seinesgleichen über deren innere Erfahrungen besprechen. Aber auch die vergleichende Psychologie, d. h. die Tierpsychologie, kann wichtige Dienste leisten. Denn sie zerstört den psychologischen Rationalismus und zeigt die fundamentale Bedeutung des Trieblebens für alles Seelische. Dieses Triebleben ist das primum movens und die gewöhnlichen sog. „Seelentätigkeiten“ sind seine Werkzeuge. Es wird nun nachgewiesen, wie dieses psychologisch unerforschliche Triebleben in allen seelischen Äußerungen eine entscheidende Rolle spielt, nicht nur beim Charakter, der ja nur „ein Stärkeverhältnis der Triebe im einzelnen“ ist, sondern auch in der Wahrnehmung, bei der willkürlichen Bewegung, beim Denken, beim Gefühl, beim Unterscheiden, beim Gedächtnis. In all diesen Gebieten sind daher unausfüllbare Lücken. Die Psychologie kommt eben ohne das Unbewußte, d. h. ohne „Vorgänge, an denen unser Ich nicht Teil hat, die außerhalb der Ich-Sphäre verlaufen,“ nicht aus. Die Erklärung dieser Vorgänge ist aber nur metaphysisch möglich. Es gibt auch eine gute Metaphysik. „Ihre Kennzeichen sind, daß sie jederzeit von der Erfahrung ausgeht und nur im Sinne des Erfahrenen auf das jenseits der Möglichkeit der Erfahrung Liegende schließt, und daß sie mit ihren Schlüssen zu Vermutungen gelangt, deren Gehalt an Wahrscheinlichkeit verschieden ist, die aber alle auf den Rang erwiesener Wahrheiten verzichten.“ Eine solche Metaphysik glaubt Verf. in dem idealistischen Monismus zu geben: Der Geist ist die Substanz der Welt und die materielle Welt nur sein Kleid. Die einzelne Ausführung dieses Monismus bietet jedoch nichts neues für den, der *Fechners* Panpsychismus kennt.

Auch diese letzte Arbeit des leider zu früh verstorbenen, vielseitigen und geistvollen Naturforschers paart eine sehr geschickte, anschauliche und lebhafte Darstellungsweise mit fruchtbaren Anregungen. Nur schießt sie wieder weit über das Ziel hinaus. Denn so kritisch man sich auch zu dem gegenwärtigen Stande der empirischen Psychologie wie zu dieser überhaupt verhalten mag, so sind doch ihre tatsächlichen und möglichen Errungenschaften höher einzuschätzen, als es Verf. tut. Das, was er allerdings von der Psychologie erwartet, vermag keine empirische Wissenschaft in ihrem Gebiete, auch nicht die Physik zu leisten. Ist es ja doch nach ihm in der Tat mit der Physiologie nicht besser bestellt als mit der Psychologie. Anderseits operiert er mit dem Begriff „Trieb“ wie mit einem Dogma und verkennt seine Stellung zum Gefühl vollends.

72. *Murray, E.*, Peripheral and central factors in memory images of visual form and color. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 227--247.

73. *Nagel, W. A.*, Eine Dichromatenfamilie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 154—156.
74. *Nagel, W. A.*, Fortgesetzte Untersuchungen zur Symptomatologie und Diagnostik der angeborenen Störungen des Farbensinns. Ebda., II. Abt., Bd. 41, S. 239—282.
75. *Ölzelt-Newin, A.*, Beobachtungen über das Leben der Protozoen. Ebda. I. Abt., Bd. 41, S. 349—381.
76. *Pfeifer, A.*, Über Tiefenlokalisation von Doppelbildern. Psychologische Studien. Bd. II, S. 129—204.
77. *Pick, A.*, Rückwirkung sprachlicher Perseveration auf den Associationsvorgang. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 42, S. 241—257.

Es handelt sich um postepileptische Dämmerzustände, in denen nicht nur die motorische Wortvorstellung, sondern auch die zugehörige inhaltliche Vorstellung perseverierte und den Assoziationsverlauf bestimmte. Die Ursache für die Überwertigkeit der perseverierenden Vorstellung erblickt Verf. in der Ermüdung mit ihrer „passiven Präponderanz der haftenden Vorstellungen“.

78. *Porter, J. P.*, Further study of the english sparrow and other birds. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 248—271.
79. *Porter, J. P.*, The habits, instincts, and mental powers of spiders, genera, argiope and epeira Ebda. Vol. XVII, S. 306—357.
80. *Prandtl, A.*, Eine Nachbilderscheinung. Ztschr. f. Psychol. und Physiol. d. Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 42, S. 175—178.
81. *Radaković, M.*, Über eine besondere Klasse abstrakter Begriffe. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 42, S. 1—9.
82. *Reuther, F.*, Einige Bemerkungen über die Methoden und über gewisse Sätze der Gedächtnisforschung. Psychologische Studien. Bd. II, S. 89—114.
83. *Révész, G.*, Über die Abhängigkeit der Farbenschwellen von der achromatischen Erregung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinnesorgane. II. Abt., Bd. 41, S. 1—36.
84. *Révész, G.*, Über die vom Weiß ausgehende Schwächung der Wirksamkeit farbiger Lichtreize. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 102—118.

85. *Rupp, H.*, Über Lokalisation von Druckreizen der Hände bei verschiedenen Lagen der letzteren. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 127—153 und 182—238.

86. *Sanctis, S. de,* Types et degrès d'insuffisance mentale. Année psychologique. Tome XII, S. 70—83.

87. *Segal, J.*, Beiträge zur experimentellen Aesthetik. I. Über die Wohlgefälligkeit einfacher räumlicher Formen. Archiv für die gesamte Psychologie. Bd. VII, S. 53 bis 124.

Verf. suchte nicht die schönsten Formen, sondern hauptsächlich die Bewußtseinszustände der Versuchspersonen während des Experiments zu ermitteln. Es ergab sich als wichtig für das ästhetische Verhalten: 1. die rein intellektuelle Auffassung des Objekts; sie bedingt den Wechsel der Beurteilung desselben Objekts bei den verschiedenen Personen, wie auch bei derselben Person, und wird bedingt durch das Objekt, wie durch das Subjekt (Individualität und momentaner Zustand); 2. der der Figur verliehene „Ausdruck", der wichtigste Bestandteil des ästhetischen Verhaltens; er bestand nicht nur in der mechanischen Interpretation (*Lipps*), und beruht auf reproduktiven Vorgängen. „Der ästhetische Eindruck ist immer eine Resultante aus der Konstellation der dunkelbewußten reproduzierten Teilinhalte, welche unmittelbar mit dem sinnlich Gegebenen zu einer Einheit verschmelzen." Infolge der Unklarheit der Reproduktionen ist der Mechanismus, durch den der Ausdruck zustande kommt, schwer zu erforschen, zumal da die Unklarheit geradezu notwendig für das ästhetische Verhalten ist und dieses schwindet, wenn die reproduzierten Elemente klar und deutlich werden. Auf Grund einzelner Angaben ist „anzunehmen, daß das, was beim ästhetischen Verhalten reproduziert wird, nicht vereinzelte Vorstellungen sind, sondern daß dabei mitschwingen die Konturen der ganzen Komplexe, welche sich aus unzählbaren und inhaltlich verschiedenartigen Erlebnissen gebildet hatten, und zwar wahrscheinlich einerseits auf der Grundlage der Ähnlichkeiten (d. h. partieller Gleichheiten) der Gestaltqualitäten, welche zwischen jenen Erlebnissen trotz ihrer verschiedenen Elemente bestehen, andererseits auf der Grundlage der verwandten Gefühle, die diese Erlebnisse begleitet hatten". Mit den Reproduktionen sind auch die von ihnen ausgelösten Organempfindungen für das ästhetische Verhalten wesentlich. Die ästhetischen Gefühle sind teils Inhaltsgefühle, teils formale Gefühle, je nachdem sie an den Inhalt oder die Verlaufsform der reproduktiven Processe gebunden sind. Als ästhetisch glaubt Verf. die formalen Gefühle nur dann bezeichnen zu können, wenn sie mit den Inhaltsgefühlen eine „enge Verschmelzung" eingehen, sonst sind sie intellektuelle Gefühle. Übrigens traten diese formalen Gefühle fast nur beim Mißfallen auf, aus dessen Analyse also kein Rückschluß auf das Gefallen gestattet ist.

88. *Siebeck, R.*, Über Minimalfeldhelligkeiten. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. II. Abt., Bd. 41, S. 89—101.
89. *Shepard, J. F.*, Organic changes and feeling. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 522—584.
90. *Spearman, C.*, Die Normaltäuschungen in der Lagewahrnehmung. Psychologische Studien. Bd. I, S. 388—493.
91. *Spearman, C.*, Einfluß der Bewegungsrichtung auf den Lokalisationsfehler. Ebda. Bd. II, S. 119—121.
92. *Stoddart, W. H. B.*, On Instinct. A psycho-physical study in evolution and dessolution. Journal of mental Science. 11 Seiten.
93. *Town, C. H.*, The kinaesthetic element in endophasia and auditory Hallucination. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XVII, S. 127—133.
94. *Town, C. H.*, The negativaspect of Hallucinations. Ebda. Vol. XVII, S. 134—136.
95. *Trèves, Z.*, Le travail, la fatigue et l'effort. Année psychologique. Tome XII, S. 34—69.
96. *Urstein, M.*, Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. Ztschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 43, S. 423—424.
97. *Vaschide, M. N.*, Les recherches sur les rêves du marquis d'Hervey Saint-Denis. Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale. Tome X. Février 1906, Nr. 2, 21 Seiten.
98. *Veraguth, O.*, Die Verlegung diaskleral in das menschliche Auge einfallender Lichtreize in den Raum. Ztschr. f. Psychologie und Physiol. d. Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 42, S. 162—174.
99. *Watt, H. J.*, Über die Nachbilder subjektiv gleich heller, aber objektiv verschieden stark beleuchteter Flächen. Ebda. II. Abt., Bd. 41, S. 312—318.
100. *Wirth, W.*, Die Klarheitsgrade der Regionen des Sehfeldes bei verschiedenen Verteilungen der Aufmerksamkeit. Psycholog. Studien. Bd. II, S. 30—88.
101. *Woodworth, R. S.*, Psychiatry and experimental Psychology. Amer. Journ. of Insanity. Vol. 63, S. 27—37.

102. *Wundt, W.*, Kleine Mitteilungen: Die dioptrischen Metamorphopsienund ihre Ausgleichung. Psycholog. Studien. I. Bd., S. 494—497.

103. *Wundt, W.*, Kleine Mitteilungen: Ist Schwarz eine Empfindung? Ebda. II. Bd., S. 115—119.

104. *Ziehen, Th.*, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen. Mit 28 Abbildungen im Text. Siebente, teilweise umgearbeitete Auflage (Verlag: G. Fischer, Jena). 280 Seiten.

105. *Ziehen, Th.*, Erkenntnistheoretische Auseinandersetzungen. Ztschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. I. Abt., Bd. 43, S. 241—267.

Verf. unterzieht den „erkenntnistheoretischen Fundamentalbestand,“ den Unterschied und das Verhältnis des Physischen und Psychischen, die Zeit- und Raumanschauung und den Massenbegriff bei *Mach* einer eingehenden Kritik.

106. *Zielinski, Th.*, Der Rhythmus der römischen Kunstprosa und seine psychologischen Grundlagen. Archiv für die gesamte Psychol. Bd. VII, S. 124—142.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: Ernst Schultze-Greifswald.

1. *Adam*, Ein Fall progressiver Paralyse im Anschluß an einen Unfall durch elektrischen Starkstrom. Diese Ztsch. S. 428.

2. *Antonini*, I principi fondamentali della Antropologia Criminale. Mailand. Hoepli. (S. 45.)*)

3. *Aschaffenburg, G.*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Zweite verbesserte Auflage. Heidelberg. Carl Winter. (S. 45.)

4. *Aschaffenburg*, Zur Vereidigung genesener Geisteskranker. Mon. f. Kriminalpsych. und Strafrechtsreform. III. S. 416. (S. 35.)

---

*) Die in Klammern stehenden Verweise (S. . . .) bezeichnen die Seite, auf der die Arbeit besprochen ist.

5. *Aschaffenburg, G.*, Geschworenengerichte und Sachverständigentätigkeit. Sonderabzug aus Schwurgerichte und Schöffengerichte. Herausgeg. von Mittermaier und Liepmann. C. Winter, Heidelberg. (S. 35.)
6. *Aschaffenburg*, Über die strafrechtliche Behandlung von Rückfall, gewohnheitsmäßigen und gewerbsmäßigen Verbrechertum. Verhandl. d. XXVIII. Deutsch. Juristentages. Bd. II. (S. 50.)
7. *Ashmead, A. S.*, Syphilis in Relation to Crime. The journal of cutaneous diseases. 1906. Dezember.
8. *Balser*, Zur Zwangserziehungspraxis. Jurist.-psych. Grenzfragen. III. 8. (S. 48.)
9. *Bauer, Rich.*, Unrichtige Aussage eines Zeugen infolge einer erlittenen Kopfverletzung. H. Groß' Archiv. 25. Band. 1. u. 2. Heft.
10. *Berg*, Hysterische Lethargie bei einer jungen Brandstifterin. Ztsch. f. Med. Beamt. 207.
11. *Berger, H.*, Mein Unfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. No. 24.
12. *Berze, Josef*, Zur Frage der Subsumtion unter § 2 des Strafgesetzes. Wiener medizin. Wochenschrift No. 14—16. (S. 35.)
13. *Best*, Bemerkungen zur Zwangserziehungs-Gesetzgebung. Jurist.-psych. Grenzfragen. III. 8. (S. 48.)
14. *Bihler, Emil*, Beitrag z. Kasuistik d. hysterischen Geistesstörungen. Friedreichs Blätter. V. S. 361—372. (S. 39.)
15. *Blachian*, Über die Zustellung von Entmündigungsbeschlüssen an unsere Anstaltsinsassen. Diese Ztsch. S. 894.
16. *Blau, Bruno*, Die Kriminalität der deutschen Juden. Berlin. Louis Lamm. (S. 46.)
17. *Boeck, de*, et *Rode, de*, Expertise médico-légale. Bullet. de la soc. de méd. ment. de Belgique. Avril. No. 126. (S. 39.)
18. *Bonhöffer, K.*, Beruf und Alkoholdelikte. Monatsschr. f. Kriminalpsych. II. 10. Heft. (S. 45.)
19. *Bonnefoy, Marcel*, Simulation et aliénation (analyse de quatorze cas cliniques). Thèse de Genève. 1906. (S. 37.)
20—21. *Booth, David S.*, Sadism. The alienist and neurologist. August No. 3.

22. *Bratz-Wuhlgarten.* Optikusatrophie und Chorioretinitis nach elektrischem Schlag. Auslösung bzw. Verschlimmerung von Epilepsie. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung No. 3 S. 45.
23. *Bresler, Joh.*, Greisenalter und Kriminalität. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. V. 2/3. (S. 43.)
24. *Bresler*, Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn. Gutachten. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. No. 45. 3. II. 906. (S. 37.)
25. *Colla, J. E.*, Drei Fälle von homosexuellen Handlungen im Rauschzustande. Viertelj. f. gerichtl. Med. XXXI. 1. (S. 43.)
26. *Crothers, T. D.*, A morphinomaniac on trial for murder. The alienist und neurologist. August. No. 3. (S. 43.)
27. *Daae, A.*, Die daktyloskopische Registratur. H. Groß' Archiv. 24. Bd. 1. u. 2. Heft. (S. 54.)
28. *Dannemann*, Zur Kasuistik der hypochondrischen Form der Paranoia. Ärztl. Sachv.-Ztg. No. 14. (S. 39.)
29. *Dannemann*, Über Bewusstseinsveränderungen und Bewegungsstörungen durch Alkohol, besonders bei Nervösen. Sommers Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten. I. Band. 2. Heft. (S. 42.)
30. *Dannemann*, Fürsorge-(Zwangs-)Erziehung. Jurist.-psych. Grenzfragen. III. 8. (S. 48.)
31. *Dannemann*, Die Wahl des Vormundes in Entmündigungssachen vom psychiatrischen Standpunkte aus. Friedreichs Blätter. IV. S. 241—255. (S. 56.)
32. *Dochow, Franz*, Die Kriminalität im Amtsbezirke Heidelberg. Abhandl. d. krim. Seminars Berlin. N. F. V. Bd., 1. Heft. S. 47.)
33. *Dohna, Alexander, Graf zu*, Willensfreiheit und Verantwortlichkeit. Monatsschr. f. krim. Psych. III. 9.
34. *Dohrn* und *Scheele, A.*, Beiträge zur Lehre von den Degenerationszeichen. Viertelj. f. d. ger. Med. XXXI. 1. (S. 45.)
35. *Döllken*, Wann sind Unfallneurosen heilbar? Neurol. Zentralblatt No. 23. S. 1099—1108. (S. 61.)
36. *Dreyfus*, Verkennung von Geisteskrankheiten. Deutsche medizin. Wochenschr. S. 368. (S. 37.)

37. *Dreyfus, Georges,* Über Verkennung von geistigen Erkrankungen. Münch. med. Wochen. No. 28. (S. 37.)

38. *Ebhardt-Manke,* Die außerhalb der Irrenanstalten lebenden Geisteskranken. Ztsch. f. M. B. Versamml. Beilage No. IV S. 71. (S. 58.)

39. *Ertee,* Ein „Sklave". H. Groß Archiv. 25. Bd. 1. u. 2. H.

40. *Experimental-Ehen,* Ein „Document humain" als Beitrag zur Eherechtsreform. Von einem Versuchsobjekt. München. Ernst Reinhardt. (S. 56.)

41. *Fehlinger, H.,* Die Kriminalität der Neger in den Vereinigten Staaten. H. Groß' Archiv. 24. Bd. 1. u. 2. Heft. (S. 46.)

42. *Feilchenfeld, Leopold,* Über Rentenhysterie. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1906 No. 16.

43. *Ferrai,* Incapacità a resistere per malattia di mente. — Atti di libidineviolenti e maltrattamenti i demenza senile. Bolletino della R. academia medica di Genova. Bd. XXI., No. 2. (S. 44.)

44. *Ferrai,* Alcolisti criminali. Bolletino della R. academia medica di Genova. XXI. No. 2. (S. 42.)

45. *Ferrai,* Contributo alla valutazione della imputabilità negli stati psicopatici. Archivio di psichiatria. XXII. No. 1. (S. 40.)

46. *Fliegenschmidt,* Zwei ärztliche Gutachten und das auf diesen beruhende Urteil des kurfürstlichen Obergerichts in Kassel wegen einer am 18. XI. 1826 geschehenen Tötung eines Knaben durch seinen Vater. H. Groß' Archiv. 23. Band. 1. u. 2. Heft. (S. 38.)

47. *Forel, August,* Die sexuelle Frage. Eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete. 4. u. 5. verbesserte und vermehrte Auflage. München. Ernst Reinhardt. (S. 52.)

48. *Frank, Ludwig,* Brandstiftungen. Psychiatrisch-klinische Beiträge zur Strafrechtspflege. Schweiz. Zeitschr. f. Strafrecht. (S. 40.)

49. *Freud, Sigmund,* Tatbestandsdiagnostik u. Psychoanalyse. H. Groß' Archiv. Bd. 26. Heft 1. (S. 48.)

50. *Friedmann, M.,* Über einen Fall von Exhibitionismus (und über nicht-epileptische „petit mal"). Diese Ztsch. S. 149.

51. *Fuld,* Die Zwangserziehung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. III, 8. (S. 48.)
52. *Gaupp, R.,* Der Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung auf den Verlauf der Nerven- und Geisteskrankheiten. Münch. med. Woch. No. 46. (S. 61.)
53. *Gaupp*, Einige neuere Arbeiten über die Lehre vom Selbstmord. Monatsschrift f. Kriminalpsychol. III. 3. S. 155.
54. *Gaupp, Rob.*, München. Zur gerichtsärztlichen Beurteilung der im Rausche begangenen Verbrechen. Centr. f. Nhkde. und Psych. S. 101. Entgegnung auf Hoppes Erwiderung. ibid. S. 263. (S. 41.)
55. *Gimbal,* Les incendiaires. Annales médico-psychol. (S. 40.)
56. *Glos, Anton,* Ein Beitrag zur Psychologie des Raubmörders. Mon. f. Kriminalsych. III. 9.
57. *Groß, Hans,* Kriminalpsychologie u. Strafpolitik. H. Groß' Archiv. 26. Band, 1. Heft.
58. *Gudden, Hans,* Verbrecherversicherung nach dem Vorbilde der Kranken- und Unfallversicherung. H. Groß' Archiv XXII. 4. (S. 50.)
59. *Hackländer, Friedrich*, Vorschläge zu einer den Heilprozeß nicht retardierenden Unterstützung der Unfallverletzten. Münch. med. Woch. No. 48. (S. 61.)
60. *Hammer*, *Wilhelm*, Tagebuch eines Erziehungshäftlings. Monatsschrift für Nervenkrankheiten und sexuelle Hygiene. Jahrg. III, Heft 2.
61. *Hartmann*, *Adolf*, Staat und Strafrechtspflege in Amerika. Mon. f. Kriminalpsych. III, 5/6. S. 317.
62. *Haug*, Über einige Fälle ven Reflexpsychosen vom Ohre aus. Ärztl. Sachverst.-Ztg. No. 11.
63. *Heimberger*, *Joseph*, Strafkolonien. Zahn & Jaensch, Dresden. (S. 50.)
64. *Hellpach*, *Willy*, Unfallneurosen u. Arbeitsfreude. Neurol. Centralblatt No. 13, 605—609. (S. 61.)
65. *Hellwig, Albert,* Der kriminelle Aberglaube in seiner Bedeutung für die gerichtliche Medizin. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 16—17, 19—20, 22. (S. 54.)

66. *Hellwig, Albert*, Psychologische Notizen. H. Groß' Archiv, 23. Bd., 1. u. 2. Heft.
67. *Hellwig, Albert*, Diebstahl aus Aberglauben. H. Groß' Archiv, 26. Bd., 1. Heft.
68. *Hellwig*, Ein neunfacher Kindermord zum Zwecke des Schätzehebens. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 1. u. 2. Heft.
69. *Hellwig*, Ein Fall von Körperverletzung infolge des Hexenglaubens. Monatsschr. f. Kriminalspychol., III. 4., S. 219.
70. *Herz*, *Hugo*, Assoziationen im Verbrechertum. (Schluß folgt.) Monatsschrift f. Kriminalpsych., III. 9. (S. 54.)
71. *Heß*, *Eduard*, Die gesetzliche Schadenersatzpflicht der geschäftsunfähigen heimlichen Geisteskranken. Psychiatr.-Neurolog. Woch. Nr. 35. (S. 56.)
72. *Hinrichsen*, *Otto*, Zur Kasuistik und Psychologie der Pseudologia phantastica. H. Groß' Archiv, 23. Bd., 1. u. 2. Heft.
73. *Hirschfeld*, *Magnus*, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. VIII. Jahrg. Leipzig, Max Spohr. (S. 51.)
74. *Hirschfeld*, *Magnus*, Geschlechtsübergänge. Leipzig, W. Malende. (S. 51.)
75. *Hitchcock*, *Charles W.*, A case of dementia praecox of medicolegal interest. American journal of insanity. Nr. 4. April.
76. *Hoche*, *L.*, u. *Hoche*, *R.*, Ärztliches Rechtsbuch. Hamburg, Gebr. Lüdeking. (S. 34.)
77. *Högel*, Der Einfluß des Familienstandes auf die Straffälligkeit. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 1. u. 2. Heft. (S. 47.)
78. *Högel*, Strafzumessung u. Versuchsstrafe. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 1. u. 2. Heft.
79. *Hoehl*, Zur Kasuistik des elektrischen Traumas. Münch. med. Woch., S. 1276.
80. *Hoffmann*, *H.*, Gefängnis-Psychosen und Psychosen im Gefängnis. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 3. u. 4. Heft. (S. 44.)
81. *Hoppe*, *Hugo*, Alkohol und Kriminalität. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 208 S. M. 4.—. (S. 45.)
82. *Hoppe*, *Hugo*, Die forensische Beurteilung und Behandlung der von Trunkenen und von Trinkern begangenen Delikte. Ztrbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Nr. 205. 15. I. 1906. S. 41.) Erwiderung an Gaupp. ibid. S. 259. (S. 41.)

83. *Hoppe*, *Hugo*, Zur Behandlung der Alkoholdelikte. Psychiatrisch-Neurol. Woch., 1906, Nr. 21. (S. 42.)
84. *Hoppe*, *Fritz*, Über verminderte Zurechnungsfähigkeit. Friedreichs Blätter, V. S. 347—360, VI. S. 422—439. (S. 37.)
85. *Hoppe*, Simulation und Geistesstörung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Suppl.-Bd. XXXI. (S. 37.)
86. *Horstmann*, Passagere geschlechtliche Triebanomalie auf Grund eines nervösen Erschöpfungszustandes. Ärztliche Sachv.-Ztg. Nr. 24. (S. 43.)
87. *Hösel*, Kasuistischer Beitrag zur Frage über die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Viertelj. f. gerichtl. Med., XXXII. Bd., 2. Heft, S. 284—308. (S. 39.)
88. *Ilberg*, Über Lustmord und Lustmörder. Monatsschr. f. Kriminalpsychol., II., Heft 10. (S. 52.)
89. *Ilberg*, *Georg*, Bericht über die ersten 100 Sitzungen der Forensisch-Psychiatrischen Vereinigung in Dresden. Jurist.-psych. Grenzfragen, IV. Bd., 2. Heft. (S. 51.)
90. *Juliusburger*, *Otto*, Zur Behandlung alkoholistischer Delikte. Psych.-Neurol. Wochenschr. Nr. 2. (S. 42.)
91. *Juliusburger*, *Otto*, Alkoholismus und Verbrechen. Hygienische Rundschau Nr. 20.
92. *Jung*, *C. G.*, Obergutachten über zwei sich widersprechende psychiatrische Gutachten. Monatsschr. f. Kriminalpsych., II., 11/12. (S. 38.)
93. *Jung*, *C. G.*, Die psycholog. Diagnose des Tatbestandes. Jurist.-psych. Grenzfr., IV., Heft 2. (S. 48.)
94. *Jungmann*-Guben, Über die Invaliden-Begutachtung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1, S. 1.
95. *Junius*, Die für den Arzt als Gutachter auf dem Gebiete der Unfallversicherung in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen und wichtigen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts mit besonderer Berücksichtigung augenärztlicher Fragen. Berlin, S. Karger. 64 S. M. 1.80. (S. 59.)
96. *Kaan*, *von*, Über Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung. Viertelj. f. ger. Med., XXXI. 2, S. 248. (S. 42.)

97. *Karsch-Haack, F.*, Forschungen über gleichgeschlechtliche Liebe. Das gleichgeschlechtliche Leben der Ostasiaten: Chinesen, Japaner, Koreaner. München, Seitz & Schauer. (S. 52.)

98. *Kersten*, Diebstahl von Frauenkleidungsstücken aus Fetischismus. H. Groß' Archiv, 25. Bd., 3. u. 4. Heft.

99. *Kiernan*, Illinois legal procedure in marriage annulment for prior insanity. The alienist and neurologist. November. Vol. XXVII, Nr. 4.

100. *Kiernan*, Medicolegal Aspects of Dying Declarations. E. G. Swift.

101. *Kiernan*, Sex Transformation and Psychic Impotence. American Journ. of Dermatology.

102. *Kiernan*, Legal Aspects of Epilepsy. The Alienist and, Neurologist. XXVII. 2. May.

103. *Klumker*, Bemerkungen zur Zwangserziehungs-Gesetzgebung. Juristisch-psych. Grenzfr., III, 8. (S. 48.)

104. *Köhler, J.*, Die Stellung des Arztes zur staatlichen Unfallversicherung. Vier Vorlesungen. Berlin 1906. Aug. Hirschwald. (S. 59.)

105. *Kölpin, O.*, Die psychischen Störungen nach Kopftraumen. Samml. klinischer Vorträge. Nr. 418. Leipzig, Breitkopf & Härtel. (S. 59.)

106. *Kölpin, O.*, Trauma und Paralyse. Diese Ztschr. S. 738.

107. *Koepper*-Wipperfürth, Über die Beziehungen zwischen chronischer Tabaksvergiftung und Invalidenversicherung. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906, Nr. 1, S. 4. (S. 60.)

108. *Kornfeld*, Psychiatrische Gutachten und richterliche Beurteilung. B.G.B. § 104, § 6, Str.G.B. § 51. Jur.-psych. Grenzfragen, V, 1.

109. *Kornfeld, Hermann*, Falsche Zeugenwahrnehmungen. H. Groß' Archiv, 23. Band, 3. u. 4. Heft.

110. *Kornfeld, Hermann*, Entmündigung wegen partieller Geistesstörung. Diese Ztschr. Nr. 334.

111. *Kornfeld*, Alkoholismus und § 51 Str.G.B. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen, IV, 3. (S. 42.)

112. *Kraepelin*, Über hysterische Schwindler. Diese Ztschr. S. 902.

112. *Kraepelin, Emil,* Das Verbrechen als soziale Krankheit. Monatsschr. f. Krim. Psych., III, 5/6, S. 257. (S. 50.)

113. *Krose, H. A.,* Die Ursachen der Selbstmordhäufigkeit. Freiburg i. Br. Herder. 169 S. (S. 53.)

113a. *Krauß, A.* und *Teichmann, R.* Die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens mit Rücksicht auf Geisteskrankheit der Mutter. Jur.-psych. Grenzfragen. III. 6/7. (S. 35.)

113b. *Kreuser* und *Schanz.* Die Stellung der Geisteskranken in Strafgesetzgebung und Strafprozeß. Jur.-psych. Grenzfragen. III. 6/7. (S. 35.)

114. *Kürz,* Der Wein und die Kriminalität. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 1. (S. 45.)

114a. *Kürz,* Der Fall H. als res judicata. Juristisch-psych. Grenzfr., IV, Nr. 1. (S. 59.)

115. *Kuhlenbeck, L.,* Einfluß seelischer Störungen auf die zivilrechtliche Handlungsfähigkeit (und das Ehescheidungsrecht). Zentralblatt für freiwillige Gerichtsbarkeit, Heft 7. (S. 55.)

116. *Kurella, Hans,* Die soziologische Forschung und Cesare Lombroso. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 7, S. 398.

117. *Kurella,* Über nervöse und psychische Störungen durch elektrische Einwirkungen am Telephon. Diese Ztschr. S. 168.

118. *Lacassagne, A.,* Précis de médecine légale. Paris, Masson et C[ie]. (S. 33.)

119. *Lagriffe, Lucien,* Considérations sur quelques degrés de la responsabilité. Annales médico-psychol., S. 229.

120. *Legrain,* Éléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit. Paris. Arth. Rousseau. (S. 34.)

121. *Lenz,* Die Verbrechen Unmündiger nach österreichischem Recht. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 3. u. 4. Heft.

122. *Leppmann, A.,* Ein Haarfetischist. Ärztliche Sachverst.-Ztg. Nr. 6. (S. 43.)

123. *Leppmann, F.,* Zum Kapitel der Schlaftrunkenheit. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 12. (S. 39.)

124. *Leppmann, F.,* Die Behandlung schwerer Unfallneurosen Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 20, 21, 23. (S. 61.)

125. *Leupoldt, Curt v.*, Die Untersuchung von Unfallnervenkranken mit psychophysischen Methoden. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, 1. Bd., 2. Heft. (S. 59.)
126. *Leupoldt, von*, Nachweis der Simulation von Taubstummheit durch Schreckwirkung auf akustische Reize. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. I, 1. (S. 37.)
127. *Levis, Otto*, Das internationale Entmündigungsrecht des Deutschen Reiches. Leipzig, C. L. Hirschfeld. (S. 55.)
128. *Leżański, R.*, Geisteskrank oder Zurechnungsfähig? H. Groß' Archiv, 25. Bd., 3. u. 4. Heft.
129. *Leżański, R.*, An der Schwelle krimineller Unzurechnungsfähigkeit. H. Groß' Archiv, 23. Bd., 1. u. 2. Heft.
130. *Lipps, Theodor*, Der Begriff der Strafe. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 5/6, S. 279.
131. *Liszt, Elsa von*, Children Courts in the United States. H. Groß' Archiv, 26. Bd, 1. Heft. (S. 50.)
132. *Lobedank*, Rechtsschutz und Verbrecherbehandlung. Ärztlich-naturwissenschaftliche Ausblicke auf die zukünftige Kriminalpolitik. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 45.)
133. *Lobedank*, Die Mitwirkung des Offiziers, insbesondere des Kompagniechefs und des Rekrutenoffiziers, bei der Ermittlung regelwidriger Geisteszustände in der Armee. Berlin, R. Eisenschmidt. 48 S. 1 Mk. (S. 63.)
134. *Löffler, Alexander*, Zur psychologischen Tatsbestandsdiagnostik. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 8, S. 449. (S. 48.)
135. *Loewenstimm, Aug.*, Aberglaube und Gesetz. H. Groß' Archiv, 25. Bd., 1. u. 2. Heft, 3. u. 4. Heft. (S. 54.)
136. *Lohsing, Ernst*, Strafzumessung und Versuchsstrafe. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 1. u. 2. Heft, 3. u. 4. Heft.
137. *Lomer*, Das Entwicklungsziel der Rassen. Deutschland Heft 45. Juni.
138. *Lomer, Georg*, Geschlechtliche Abnormitäten bei Tieren. Neurol. Zentralbl. Nr. 11.
139. *Longard*, Über „Moral insanity“. Monatsschr. f. Kriminalpsych., II, 11/12. (S. 41.)

140. *Longard,* Die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III. 2. (S. 36.)

141. *Marie,* Folies traumatiques et accidents du travail. Archives de Neurologie, avril et mai.

142. *Marx, Hugo,* Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin: Morphinisten vor dem Strafrichter. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. (S. 43.)

143. *Marx, Hugo,* Die gerichtsärztliche Bedeutung der Testierfähigkeit. Bericht der V. Hauptversammlung des Deutschen Medizinischen Beamtenvereins am 15. IX. 1906 zu Stuttgart, S. 23—38, 52—62. (S. 57.)

144. *Marx, Hugo,* Die Aufgaben einer Psychologie der Untersuchungshaft. Viertelj. f. ger. Med., XXXII. Bd., 2. Heft, S. 309—322. (S. 44.)

145. *Mattauschek, Emil,* Über die forensische Beurteilung akuter Rauschzustände vom Standpunkte des Militärstrafgesetzes. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 17. (S. 62.)

146. *May, Ferdinand,* Die Zurechnungsfähigkeit der Trinker. Friedreichs Blätter, II, S. 81—92, III, S. 175—182, IV, S. 263—273. (S. 42.)

147. *Mayer, Max Ernst,* Über die Reform der Strafzumessung. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 5/6, S. 309. (S. 51.)

148. *Mayer, Max Ernst,* Militärstrafrecht und Reformbewegung. Monatsschrift f. Kriminalpsych., III, 9. (S. 62.)

149. *Mercklin, A.,* Sittlichkeitsvergehen. Zwangsvorstellungen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 23. (S. 43.)

150. *Merzbacher, L.,* Einige statistische Bemerkungen über Unfallneurosen. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych., 1. XII, S. 905. (S. 59.)

151. *Meyer, Adolf,* Die Vormundschaft nach dem B.G.B. Karlsruhe, Friedr. Gutsch. (S. 56.)

152. *Meyer, E.,* Rausch und Zurechnungsfähigkeit. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 42 H. 1, S. 163. (S. 42.)

153. *Meyer (Geseke),* Ein Beitrag zur Frage „Trauma und Geistesstörung". Psych.-Neurol. Wochenschr. Nr. 51/52.

154. *Meyer, M.,* Nervosität in der Armee. „Der Militärarzt" (Wiener med. Wochenschr.) Nr. 3 u. 4. (S. 62.)

155. *Moeli, C.*, Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Hochesche Sammlung, VII, 2. Halle, C. Marhold. (S. 57.)
156. *Mönkemöller*, Zur Kasuistik der forensischen pathologischen Bewußtseinsstörungen. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Bd. XXXII, Heft 1, S. 1—44. (S. 39.)
157. *Moor, L. de*, et *Duchateau*, Lesliénés dissimulateurs. (S. 38.)
158. *Näcke, P.*, Einige Punkte aus der Lehre der sog. „moral insanity". Psych.-Neurol. Wochenschr. Nr. 13/14. (S. 41.)
159. *Näcke, P.*, Sind die Degenerationszeichen wirklich wertlos? Viertelj. f. gerichtl. Mediz., Bd. XXXII, Heft 1, S. 45—56. (S. 45.)
160. *Näcke, P.*, Vergleich von Verbrechen und Homosexualität. Monatsschrift f. Kriminalpsych., III, 8, S. 477. (S. 51.)
161. *Näcke, P.*, Eheverbote. H. Groß' Archiv, XXII, 2—3. (S. 55.)
162. *Näcke, P.*, Ein Knabe als Prediger und Prophet. H. Groß' Archiv, 25. Bd., 3. u. 4. Heft.
163. *Näcke, P.*, Rasse und Verbrechen. H. Groß' Archiv, 25. Bd., 1. u. 2. Heft.
164. *Näcke, Paul*, Zur angeblichen Entartung der romanischen Völker, speziell Frankreichs. Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie, III, 3, Mai-Juni.
165. *Nerlich*, Mord und Brandstiftung im psychisch-epileptischen Anfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 21. (S. 39.)
166. *Nerlich*, Der Lustmörder Dittrich. H. Groß' Archiv, 26. Bd., 1. Heft. (S. 44.)
167. *Nolan, M. J.*, The possibility of the limitation of lunacy by legislation. Journal of mental science. October.
168. *Nowotny*, „Der Kretin als Raubmörder und Fetischist". H. Groß' Archiv, 23. Bd., 3. u. 4. Heft.
169. *Oehlert*, Die Freisprechung Jugendlicher wegen mangelnder Einsicht. Monatsschr. f. Krimnalpsych., III, 5/6, S. 353. (S. 49.)
170. *Oehlert*, Der Wein und die Kriminalität. Monatsschr. f. Kriminalpsychol., II, 11/12. (S. 45.)
171. *Oliva*, Due casi di inversione sessuale. Annali di Freniatria e scienze affini, B. 14. Turin. (S. 44.)

172. *Pactet, F.*, Les aliénes dans l'armée et dans les pénitenciers militaires. Revue de psychiatrie. Décembre. (S. 62.)
173. *Penta, P.*, Die Simulation von Geisteskrankheit. Mit einem Anhang: Die Geisteskrankheit in den Gefängnissen. Autorisierte Übersetzung von Rudolf Ganter. Würzburg, 1906. A. Stuber. 214 S. M. 3.—. (S. 37.)
174. *Pessler*, Meineidsprozeß wider einen Gymnasialoberlehrer. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 3. u. 4. Heft. (S. 47.)
175. *Petersen*, Religion, Determinismus und Fatalismus. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 5/6, S. 335.
176. *Petersen*, Der neueste Gegner des Determinismus. Monatsschr. f. Kriminalpsych., II, 11/12.
177. *Petersen-Borstel, Wilhelm*, Gutachten über den Zusammenhang zwischen Gasvergiftung und Geisteskrankheit. Viertelj. für gerichtl. Med., Bd. XXXII, Heft 1, S. 56—62. (S. 60.)
178. *Plaut, F.*, Über krankhafte Kaufsucht. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 7, S. 409. (S. 40.)
179. *Plaut*, Psychologische Untersuchungen an Unfallskranken. Diese Ztschr. S. 600.
180. *Podestà*, Häufigkeit und Ursachen der Selbstmordneigung in der Marine im Vergleich mit der Armee. Arch. f. Psych., Bd. 42, Heft 1, S. 32. (S. 63.)
181. *Polligkeit, Wilhelm*, Das Mailänder Istituto Pedagogico Forense per la Redenzione dei Minorenni Traviati. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 8, S. 467. (S. 50.)
182. *Polligkeit, Wilhelm*, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 4, pag. 210.
183. *Praetorius, Numa*, Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit des Homosexuellen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 9. (S. 44.)
184. *Przeworski, Johann Jakob*, Geisteskrankheit oder Zurechnungsfähigkeit? H. Groß' Archiv, 24. Bd., 3. u. 4. Heft.
185. *Przeworski, Johann Jakob*, Ein Fall moralischen Irrsinns. H. Groß' Archiv, XXII, 1.
186. *Przeworski, Johann Jakob*, Ein Fall von Schlaftrunkenheit. H. Groß' Archiv, 25. Bd., 1. u. 2. Heft. (S. 39.)

187. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, Material zu § 1569 B.G.B. Nr. 22. (S. 57.)

188. *Puppe*, Der Geisteszustand jugendlicher Krimineller. Viertelj. f. gerichtl. Med., XXXI, 2, S. 276. (S. 49.)

189. *Quaet-Faslem*, Traumatische Hysterie und ihre gutachtliche Beurteilung. Deutsche med. Wochenschr., S. 980. (S. 60.)

190. *Raecke*, Verkannte Geisteskranke. Monatsschr. f. Kriminalpsych., III, 8, S. 472. (S. 38.)

191. *Raecke*, Nicht Geisteskrank. 2 Gutachten. Friedreichs Blätter. II, S. 93—102. III, S. 183—194. IV, S. 274—284. (S. 38.)

192. *Raecke*, Fahnenflucht und Fuguezustände. Diese Ztschr. S. 869.

193. *Reichel, Hans*, Kriminalpsychologisches zu Gerhart Hauptmanns „Rose Bernd". Philosoph. Wochenschr. Nr. 6/7, S. 125. (S. 48.)

194. *Reitz, von*, Geistesschwäche und fraglicher perverser Geschlechtstrieb. Ärztl. Sachverst.-Ztg., S. 136.

195. *Reichard, R.*, Überblick über den heutigen Stand der Frage nach der Lokalisation in der Großhirnrinde und ihre Anwendung in der forensischen Praxis. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurol., XX, 3—4. (S. 38.)

196. *Rixen, P.*, Eine interessante Gerichtsentscheidung. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. Nr. 46, 10. II., S. 906. (S. 55.)

197. *Römer, S. S. A. M. von*, Die Uranische Familie. Untersuchungen über die Aszendenz der Uranier. Leipzig-Amsterdam. Maas u. van Suchtelen. (S. 52.)

197a. *Rodenwaldt, Ernst*, Der Einfluß der milit. Ausbildung auf das geistige Inventar des Soldaten. Mon. f. Psych. und Neurol. XIX. (S. 63.)

198. *Rosenberg, W.*, Ein jugendlicher Brandstifter. H. Groß' Archiv, 25. Band, 3. u. 4. Heft.

199. *Rosenblatt*, Pyromanie oder verbrecherische Brandlegung. H. Groß' Archiv, 23. Band, 3. und 4. Heft. (S. 40.)

200. *Rotering*, Das Landstreichertum der Gegenwart. Monatsschr. für Kriminalpsychol., III. 4., S. 193. (S. 54.)

201—2. *Rousset, A.*, Un cas d'exhibitionnisme. Annales médico-psychol., mai—juin.

203. *Seelig,* Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen. Diese Ztschr., S. 506.

204. *Seuffert, Hermann,* Untersuchungen über die örtliche Verteilung der Verbrechen im Deutschen Reiche. Breslau, Schlettersche Buchh. Strafrechtl. Abhandl. Nr. 75. (S. 46.)

205. *Seyffarth, H.*, Soziale Fürsorge zur Verhütung der Kriminalität Jugendlicher. Soziale Medizin und Hygiene, Bd. I. (S. 49.)

206. *Siefert,* Gewalttaten eines minderwertigen Affektmenschen. H. Groß' Archiv, XXII., 2. u. 3.

207. *Siemens, F.*, Zur Psychologie der Aussage, insbesondere von Kindern. Monatsschr. f. Kriminalpsych., II., 11/12. (S. 47.)

208. *Siemerling,* Streitige geistige Krankheit. Handbuch der gerichtl. Medizin, 9. Aufl., III. Band. (S. 33.)

209. *Siemerling,* Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen. Diese Zeitschr. S. 129.

210. *Sigwart, W.*, Selbstmordversuch während der Geburt. Archiv für Psychiatrie, Bd. 42, Heft 1, S. 249. (S. 53.)

211. *Simons, D.*, Die neuen niederländischen Gesetze betr. verwahrloste und verbrecherische Kinder. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III., 7., S. 385.

212. *Sommer, R.*, Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, I., 1. (S. 55.)

213. *Sommer, R.*, Geistesschwäche bei psychogener Neurose mit Bezug auf § 6 Z. 1 des B. G. B. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, I., 1. (S. 56.)

214. *Soukhanoff, Serge,* Sur les formes dépressives du trouble mental chez les soldats russes. Journ. f. Psychol. u. Neurol., VII., Heft 6. (S. 62.)

215. *Spaet, F.*, Über Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken. Ztschr. f. Medizinalbeamte, Nr. 21. (S. 58.)

216. *Specht, Wilh.* (Tübingen), Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Zentr. f. Nervenh. und Psych., Nr. 204, 1, I, 1906. (S. 60.)

217. *Stelzner*, *Helene Friederike*, Analyse von 200 Selbstmordfällen. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Th. Ziehen. S. Karger, Berlin. (S. 52.)

218. *Sterneck*, *Oskar von*, Das norwegische Strafrecht. H. Groß' Archiv, 23. Band, 3. u. 4. Heft. (S. 34.)

219. *Steyerthal*, *Arnim* (Kleinen i. Mecklbg.), Die Beurteilung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg., Nr. 3, S. 46. (S. 60.)

220. *Stieda*, *Wilh.*, Über Geisteskrankheiten im russischen Heere während des russisch-japanischen Krieges. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych., Nr. 225, 15. XI. (S. 62.)

221. *Stolper*, *G.*, Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Jurist.-psych. Grenzfr., III., 1. (S. 58.)

222. *Straßmann*, Über Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung. Viertelj. f. gerichtl. Med., XXI., 2., S. 261. (S. 42.)

223. *Schaefer*, Der moralische Schwachsinn. Jurist.-psych. Grenzfragen, IV., 5/6. Halle a. S., C. Marhold. (S. 40.)

224. *Schäfer*, *H.*, Frau von Zander. Psychiatr.-Neurol. Woch. Nr. 21.

225. *Schäfer*, *H.*, Der Fall Brunke. Psych.-Neurol. Woch., VIII., Nr. 24.

226. *Schäfer*, *H.*, Urteilsschwäche. Psych.-Neurol. Woch., VIII., Nr. 25.

227. *Schäfer*, *H.*, Der Fall Brunke. Psych.-Neurol. Woch. Nr. 5.

228. *Schäfer*, *H.*, Moralischer Schwachsinn. Diese Ztsch., S. 95.

229. *Schaikewicz*, *M.*, Über Geisteskrankheiten im russischen Heere während des russisch-japan. Krieges. Zentralbl. f. Nervenh. und Psych. Nr. 225, 15. XI. (S. 62.)

230. *Schlockow* (Roth-Leppmann), Der Kreisarzt. VI. vermehrte Aufl. Berlin, Rich. Schoetz. (S. 33.)

231. *Schneickert*, *Hans*, Die Bedeutung der Handschrift im Zivil- und Strafrecht. Leipzig, F. C. W. Vogel. 144 S. M. 4.— (S. 54.)

232. *Schott*, *A.*, Simulation und Geistesstörung. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 1. (S. 37.)

232a. *Schott A.* und *Gmelin,* Zur Psychologie der Aussage. Jur.-psych. Grenzfr. III. 6/7. (S. 47.)

233. *Schultze*, *Ernst*, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtl. Psychiatrie. Psych.-Neurol. Woch., VIII., Nr. 1—7.
234. *Schultze*, *Ernst*, Saltatorischer Reflexkrampf. Deutsche med. Woch., S. 166. V.
235. *Schultze*, *Ernst*, und *Rühs*, *C.*, Intelligenzprüfung von Rekruten und älteren Mannschaften. Deutsche med. Woch. Nr. 31, S. 1273. (S. 63.)
236. *Schultze*, *Friedrich* (Bonn), Erfahrungen über Unfallneurosen. Münch. med. Woch. Nr. 5, S. 237. (S. 59.)
237. *Schuster*, *Eugen*, Dummheit und Zigeuner. H. Groß' Archiv, 23. Bd., 1. u. 2. Heft.
238. *Schwabe*, Versuchte Notzucht an einem in einem Zustande von oberflächlicher Hypnose (Hypotaxie) befindlichen jungen Mädchen durch einen sog. Magnetopathen. Ztschr. f. Med.-Beamte. Nr. 17, S. 545. (S. 39.)
239. *Tetzner*, *Rud.*, Ist Morbus Basedowii, auf dem Boden einer Unfallhysterie entstanden, als Unfallfolge zu betrachten? Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 10. (S. 60.)
240. *Tomaschny*, Über Alkoholversuche bei Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände. Diese Ztschr. S. 691.
241. *Tomellini*, Alcuni casi di pazzie morale studiati in rapporto all' imputabilità secondo il nostro codice. Bolletino della. R. accademia medica di Genova, Bd. XXI, Nr. 2. (S. 41.)
242. *Toulouse* et *Crinon*, Examen de quelques questions touchant à la responsalibité. Revue de psychiatr. Nr. 7, juillet.
243. *Ungewitter*, Brandstiftung und Raubversuch eines Geisteskranken. H. Groß' Archiv, 25. Bd., 3. u. 4. Heft.
244. *Ungewitter*, Sittlichkeitsverbrechen im Greisenalter. H. Groß' Archiv, 23. Bd., 3. u. 4. Heft.
245. *Ungewitter*, Jugendlicher Brandstifter. H. Groß' Archiv, 23. Bd., 3. u. 4. Heft.
246. *Urstein*, *M.*, Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. Friedreichs Blätter, V., S. 345—347. (S. 47.)
247. *Vocke*, Irrenanstalten sind Krankenanstalten, keine Verwahrungsanstalten für verbrecherische Entartete oder gemindert Zurechnungsfähige. Diese Ztschr. S. 564.

248. *Wassermann, Rud.*, Beruf, Konfession und Verbrechen. Eine Studie über die Kriminalität der Juden in Vergangenheit und Gegenwart. Von Mayrs Abhandl., Heft II. München, Reinhardt. (S. 46.)

249. *Waveren, A. J. van*, Kind und Gesetz in Holland. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 1. u. 2. Heft. (S. 49.)

250. *Weber, L. W.*, Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Jurist.-psych. Grenzfragen, IV., 1. (S. 58.)

251. *Weber, L. W.*, Der Hauptmann von Köpenick und die Geisteskranken. Psych.-Neurol. Woch., VIII., Nr. 39. (S. 58.)

252. *Weber, L. W.*, Die akute Verschlimmerung von Geistesstörungen im Gefolge von Unfällen. IV. Internation. Kongreß f. Versich.-Medizin. (S. 60.)

253. *Weinberg, Richard*, Verbrechergehirne vom Standpunkte sogen. Normalbefunde. H. Groß' Archiv, 24. Bd., 3. u. 4. Heft.

254. *Weinberg, Richard*, Psychische Degeneration, Kriminalität und Rasse. Monatsschr. f. Kriminalpsychol., II., 11/12. (S. 46.)

255. *Werner, R.*, „Geistig Minderwertige“ oder „Geisteskranke“? Ein Beitrag zu ihrer Abgrenzung mit Rücksicht auf die geplante Strafrechtsreform. Berlin, Fischers med. Buchh. M. 3.50. (S. 36.)

256. *Wilmanns, Karl*, Heimweh oder impulsives Irresein. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie, III. 3., S. 136. (S. 39.)

257. *Wilmanns, Karl*, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Eine klinische Studie. Mit 16 farbigen Tafeln. Leipzig, Joh. Amb. Barth. M. 15.—. (S. 53.)

258. *Windt, Kamillo*, u. *Kodicek, Siegmund*, Daktyloskopie. Verwertung von Fingerabdrücken zu Identifizierungszwecken. Wien und Leipzig, W. Braumüller. (S. 54.)

259. *Wulffen*, Gerhart Hauptmanns „Rose Bernd“ vom kriminalistischen Standpunkte. Jurist.-psych. Grenzfragen, IV. 3. (S. 48.)

260. *Wulffen, Erich*, Die Kriminalität der Jugendlichen. Deutscher Zentralverein für Jugendfürsorge, Heft 1. (S. 49.)

261. *Wulffen*, Die Stellungnahme der Kommission für die Reform des Strafprozesses zur bedingten Begnadigung und bedingten Verurteilung. Monatsschr. für Kriminalpsychol., III. 3., S. 129.
262. *Wyler, Marcus*, Beiträge zu einem Grundriß des vergleichenden Irrenrechts. Halle a. S., Carl Marhold. 182 S. (S. 57.)
263. *Wyler*, Die staatliche Aufsicht über das Irrenwesen. Psych.-Neurol. Woch., VIII., Nr. 29—32. (S. 57.)
264. *Zingerle, H.*, Beitrag zur forensischen Bedeutung von Erinnerungsfälschungen. Psych.-Neurol. Woch., VIII., Nr. 27—36. (S. 47.)

1. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

Von der neuen Auflage des bekannten *Casper Liman*schen Handbuchs der gerichtlichen Medizin ist nach dem ersten Bande, der früher (siehe Literaturbericht 1905, S. 77/78) bereits besprochen ist, der dritte Band erschienen. Er ist von *Siemerling* (208) verfaßt und behandelt die gerichtliche Psychiatrie, ist somit für die Leser dieser Zeitschrift von größtem Interesse. Im allgemeinen Teil bespricht *S.* in klarer und leicht verständlicher Weise vom rechtlichen Standpunkte aus die Lehre von der Dispositions- und Zurechnungsfähigkeit unter Heranziehung der einschlägigen Gesetze und Bestimmungen. Der zweite, bei weitem größere Teil (S. 86 bis 726) umfaßt die spezielle gerichtliche Psychopathologie. Unter Anlehnung an die Nomenklatur des Binswanger-Siemerlingschen Lehrbuches schildert er die einzelnen Krankheitsformen und ihre zivil- sowie strafrechtliche Bedeutung. Fast 70 Gutachten dienen zur Illustration des Gesagten. *S.* legt einen Hauptwert auf die Gutachten, die seine große forensische Praxis beweisen und überwiegend recht interessant sind. Von Interesse wäre es gewesen, bei den kasuistischen Mitteilungen den Ausgang des jeweiligen Rechtsstreits zu erfahren.

Das *Schlockow*sche Buch (230), das schon seit Jahren vielen Kollegen als treffliche Anleitung zur Vorbereitung für das Kreisarztexamen gedient hat, ist in neuer Auflage erschienen. Die Kapitel, welche die Leser dieser Zeitschrift besonders interessieren (Gerichtliche Psychiatrie und Irrenanstaltswesen), entstammen der Feder *Leppmanns* und geben über das behandelte Thema, soweit das in dem kurzen Rahmen des Buches möglich ist, ein anschauliches Bild. Erhebliche Änderungen gegen früher finden sich nur an wenigen Stellen. Vor allem ist die frühere Disposition für Entmündigungsgutachten durch eine sinngemäßere Stoffeinteilung ersetzt. Hinsichtlich der Nomenklatur hält sich *L.* noch an die der statistischen Zählzettel.

In dem fast 900 Seiten umfassenden Lehrbuche der „Gerichtlichen Medizin“ von *Lacassagne* (118) sind der Psychiatrie etwas mehr als 20 Seiten gewidmet. Meines Erachtens ist das viel zu wenig. Da scheint das Vorgehen

anderer Autoren richtiger, die unter ähnlichen Verhältnissen von der Behandlung der gerichtlichen Psychiatrie lieber ganz absehen und sie Spezialwerken überlassen. Aber auch inhaltlich kann man sich nicht mit allen Ausführungen von *L.* einverstanden erklären: Monomanien spielen z. B. eine zu große Rolle, die Seltenheit reiner Simulation wird nicht scharf genug hervorgehoben und veraltete Mittel werden zu ihrer Feststellung angegeben.

Legrain (120) bringt in seinem Buche, das von einem Kriminalisten mit einem Vorwort versehen ist, klinische, mit Demonstrationen einhergehende Vorlesungen aus dem Gebiete der allgemeinen Psychiatrie. Er berücksichtigt besonders die Störungen der Persönlichkeit sowie den Alkoholismus. Die Darstellung ist klar. Der Arbeit sind gute und übersichtliche Diagramme beigegeben, die auf den ersten Blick Aufschluß über den Aufenthalt der Individuen in Irren- und Strafanstalten geben. Verfasser ist Gegner der verminderten Zurechnungsfähigkeit; für kranke Menschen gibt es nur eine „rétention", aber keine „détention".

Das ärztliche Rechtsbuch von *L.* und *R. Hoche* (76), das seit 1904 erscheint, liegt jetzt vollständig in einem stattlichen, 1100 Seiten umfassenden Bande vor. Es enthält eine klare, übersichtliche und, soweit mich Stichproben überzeugt haben, fast vollständige Zusammenstellung der Gesetze und Bestimmungen, die den Arzt interessieren. Wie sehr gerade der Irrenarzt an diesen beteiligt ist, zeigt aufs deutlichste die Durchsicht des Buches. Nicht recht klar sind die Ausführungen über Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche; auch bei chronischen Psychosen, die „Geisteskrankheit" im Sinne des Gesetzes sind, ist die Bestellung eines Pflegers zulässig. Die neue Dienstanweisung für Sanitätsoffiziere vom 13. Oktober 1904 ist übersehen; unzutreffend sind nebenbei gesagt einige Äußerungen über die akademischen Lehrer. Dies sind nur einige kleine Fehler, die dem Werte des Werkes keinen Eintrag tun; es hat vor allem dadurch gewonnen, daß es von einem Juristen und einem Mediziner herausgegeben ist.

2. Strafrechtliche Psychiatrie.

Am 22. Mai 1902 wurde Norwegen ein neues allgemeines bürgerliches Strafgesetzbuch gegeben, das *von Sterneck* (218) einer kritischen Besprechung unterwirft. Danach hört, um nur das für die gerichtliche Psychiatrie in Betracht Kommende hier anzuführen, die strafrechtliche Unmündigkeit mit dem 14. Lebensjahre auf; mit dem 18. Lebensjahre beginnt die strafrechtliche Großjährigkeit. Während der dazwischen liegenden Minderjährigkeit ist lebenslängliche Strafe ausgeschlossen, und die Strafe kann innerhalb derselben Strafart unter das angedrohte Mindestmaß herabgesetzt werden. Eine Handlung ist nicht strafbar, wenn der Täter bei deren Vornahme geisteskrank, bewußtlos oder sonst auf Grund mangelhafter Entwicklung der Geisteskräfte oder Schwäche oder krankhaften Störung derselben oder zufolge Zwanges oder dringender Gefahr unzurechnungsfähig war (§ 44). Wenn sich jemand mit einer in einer Zwangsarbeits-, Erziehungs-, Irren- oder andern

öffentlich genehmigten Anstalt untergebrachten Person unrechtmäßig in Verbindung setzt oder deren Entweichung begünstigt, so liegt eine Übertretung vor. Die Ausführungen von *Berze* (12) nehmen auf das veraltete österreichische Strafgesetzbuch Bezug und auf die durch seine recht unglückliche Formulierung bedingte Schwierigkeit der praktischen Handhabung. Insofern verdienen die Ausführungen von *B.* hier erwähnt zu werden, als auch nach ihm der Sachverständige Ausdrücken wie Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit nicht auszuweichen braucht und die Frage nach einer eventuellen Störung der freien Willensbestimmung beantworten darf.

Kreuser und *Schanz* (113b) unterziehen die strafrechtliche und strafprozessuale Behandlung der Geisteskranken einer kritischen Besprechung. *Kreuser* verlangt die Durchführung des Verfahrens, falls dies ohne Schaden für den geisteskranken Angeschuldigten möglich ist; *Schanz* widerspricht dem aus prozessualen und fiskalischen Erwägungen. Der Verfall in Geisteskrankheit soll, verlangt *Kreuser* weiterhin, nicht eine Unterbrechung der Strafzeit nach sich ziehen. Statt den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit einzuführen, ist es wichtiger, die verschiedenen Formen geistiger Störung mehr zu berücksichtigen und für einen Schutz der Gesellschaft vor antisozialen Geistesgestörten Sorge zu tragen. *Schanz* erklärt sich mit der Weglassung des psychologischen Kriteriums aus dem § 51 einverstanden. Die Entscheidung über die vorläufige sowohl wie die endgültige Versorgung eines gemeingefährlichen (oder fürsorgebedürftigen) Geisteskranken ist Sache der Verwaltungsbehörden. Die Tat- und Schuldfrage ist zu trennen. § 56 Strafprozeßordnung soll dahin geändert werden, daß Geisteskranke schlechthin unbeeidigt zu vernehmen sind. *Kreuser* und *Schanz* erklären sich beide gegen die von *Schröder* in seiner bekannten Schrift angestrebte Schaffung eines besonderen Irrenrechts. *Aschaffenburg* (4) betont gegenüber *Beling*s Einwendungen, daß es im höchsten Grade bedenklich ist, Wahrnehmungen, die aus Zeiten einer geistigen Erkrankung stammen, zur Beeidigung zuzulassen. Die Vernehmung soll in solchen Fällen ebensowenig ausgeschlossen sein, wie bei Kindern bis zum 16. Jahre. Auf Grund allgemeiner Erörterungen und dreier eigener mitgeteilter Erlebnisse kommt *Aschaffenburg* (5) zu dem traurigen Ergebnis, daß der Geisteskranke vor dem Schwurgerichte viel schlechter gestellt ist als vor dem berufsmäßigen Strafrichter. Man wird *A.* nur beipflichten können und mit ihm der Ansicht sein, daß die psychiatrische Sachverständigentätigkeit gerade vor den Schwurgerichten eine wenig angenehme und beneidenswerte Aufgabe ist. Die Geschworenen haben Vorurteile gegen den Irrenarzt; sie glauben, er halte jeden Verbrecher für krank oder wolle ihn doch der verdienten Strafe entziehen. Aber wird nicht vielfach der Geschworene unbewußt in seinen Entschlüssen durch die Überlegung beeinflußt, daß der Schutz der Gesellschaft besser durch Unterbringung in einer Strafanstalt als Verwahrung in einer Irrenanstalt erfolgt?! Vom ärztlichen Standpunkte aus erörtert *Krauß* (113a), wann nervöse oder psychische Störungen (unstillbares Erbrechen, Hysterie, Epilepsie, Chorea, Melancholie, Verblödungspro-

zesse) die Indikation zur Vernichtung des kindlichen Lebens abgeben können. Kollegiale Beratung und Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erscheint notwendig. Das Interesse des Kindes mit Rücksicht auf dessen erbliche Belastung gibt keinen Grund ab. Der gleichen Ansicht ist der juristische Referent, *Teichmann* (113a), der auch rassenhygienische Rücksichten hinsichtlich des letzten Falles nicht gelten lassen will. Die gesetzlichen Bestimmungen machen keinen Unterschied zwischen ehelicher und außerehelicher Schwangerschaft und berücksichtigen nicht das Alter des Fötus. Der Eingriff läßt sich nur unter dem Gesichtspunkte des Notstandes rechtfertigen. „Im Falle der Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht im Mutterleibe ist eine strafbare Handlung nicht vorhanden, wenn die Handlung in Ausübung der Heilkunst, zu dem Zweck der Heilung der Schwangeren im Falle einer auf andere Weise nicht zu beseitigenden, zu der Schwangerschaft hinzutretenden, entscheidenden Komplikation vorgenommen wird.“ Auch *Werner* (255) erwartet von der Einführung der geistigen Minderwertigkeit keine gerechte Rechtsprechung. Er befürchtet, daß sich dann der Sachverständige eher für ein bestimmtes Urteil in foro entschließt und auf die Anstaltsbeobachtung verzichtet. In Zukunft haben wir nicht mit zwei, sondern mit drei Möglichkeiten zu rechnen; und damit wächst, wie schon *Mendel* seinerzeit betonte, die Schwierigkeit der Abgrenzung. Es liegt aber die Gefahr näher, daß ein tatsächlich Unzurechnungsfähiger als zurechnungsfähig mit geminderter Schuld angesehen wird als daß ein voll Zurechnungsfähiger etwa als geistig minderwertig angesehen wird. Jene Gefahr besteht besonders bei den langsam sich entwickelnden, organischen Psychosen sowie den Degenerierten; hinsichtlich der letzteren unterscheidet er je nach dem Vorliegen der reizbaren Schwäche, der abnormen Betonung der Affekte und niederen Triebe und der intellektuellen Störungen drei Gruppen. Ausführlich mitgeteilte Gutachten belegen die Anschauung des Verfassers. Ob die Bedenken des Verf. in vollem Umfange berechtigt sind, möchte Referent bezweifeln: die Zukunft wird uns vielleicht darüber Aufklärung geben. Vorwiegend praktische Erwägungen sind es, die *Longard* (140), der neun Jahre Gefängnisarzt in Köln war und dem somit eine reiche Erfahrung zur Seite steht, veranlaßten, der gesetzlichen Einführung des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit oder der geistigen Minderwertigkeit nicht das Wort zu reden. Nicht nur verdienen auch andere Momente, die bei dem Zustandekommen einer strafbaren Handlung eine Rolle spielen, eine gleiche Beachtung, sondern *L.* befürchtet, daß den Gefängnissen noch mehr psychisch verdächtiges Material zugeführt und daß die Verurteilung kranker Individuen unter der Marke der geistigen Minderwertigkeit sanktioniert wird. Die Grenzen der geistigen Minderwertigkeit sind schwer zu ziehen, und von einer Aufzählung der wichtigsten Fälle ist dringend abzuraten. Ebensowenig bedarf es aber der Schaffung von Sonderbestimmungen für die Behandlung geistig minderwertiger Individuen, da eine individualisierende Behandlung im Gefängnisse möglich ist; und was fehlt, kann unschwer ergänzt werden. Was aber dringend nötig ist, das ist eine wirksame

Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Geisteskranken und defekten Menschen. In klarer Weise schildert *Hoppe* (84) die Gründe und Einwände, die für und gegen die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit angeführt werden, und skizziert die Krankheitserscheinungen, die für die Anwendung dieser Begriffe in Betracht kommen. Nur wenige Staaten nehmen in ihrem Strafgesetzbuch Rücksicht auf leichte psychische Krankheitserscheinungen. Einige wenige Staaten können hierin vorbildlich wirken. *H.* will eine neue Beamtenkategorie schaffen, der die Obhut über die Geisteskranken vor und nach ihrer Einlieferung in die Irrenanstalt, ferner über die gerichtlich-psychiatrische Tätigkeit und die Überwachung der geistigen Gesundheit von Gefangenen zufällt.

Die ausführlichste Arbeit über Simulation, die in diesem Berichte zu erwähnen ist, ist die des Italieners *Penta* (173). Er hat in vier Jahren nicht weniger als 120 Simulanten zu beobachten Gelegenheit gehabt, und neidlos wird man ihm zugeben, daß das die „reichste und darum in ihrer Art einzig dastehende Kasuistik" ist. Aber ebensowenig wird man sich auch dem Eindruck entziehen können, daß die Diagnose der Simulation nicht immer berechtigt ist; zumeist gestattet die oft allzu kurze klinische Darstellung keine exakte Nachprüfung; und die große Zahl! *P.* spricht von der simulierten Geisteskrankheit als einem besonderen klinischen Bilde; sie ist die Geisteskrankheit κατ' ἐξοχήν des geborenen Verbrechers, die sich besonders bei Hysterischen, Epileptischen, Degenerierten, Neurasthenischen findet. Der Schutz der Gesellschaft soll maßgebend sein für ihre Behandlung. Ob die Anschauungen des Verfassers einen Fortschritt bedeuten und ob sie vor allem geeignet sind, den Juristen aufzuklären, erscheint zweifelhaft. Die Arbeit von *Schott* (232), der über zwei Fälle eigener Beobachtung berichtet, ist wertvoll nicht sowohl wegen der ausführlichen Literaturangaben als wegen der daraus gezogenen Schlüsse. Referent würde diese am liebsten hier zum Abdruck bringen, wenn es der Raum gestatten würde. Auch *Bonnefoy* (19) hält echte Simulation für sehr selten. Groß ist die Zahl der an Imbezillität und Dementia praecox leidenden Simulanten. *Hoppe* (85) teilt vier Fälle von Simulation bei ausgesprochenem Schwachsinn mit. Gleichgültigkeit, Stumpfheit, hochgradige Urteils- und Gedächtnisschwäche wurden vorgetäuscht. Die imbezille Person, über die *Bresler* (24) berichtet, simulierte von dem Augenblick an, in dem sie den Zweck ihrer Anstaltsbeobachtung erfuhr, größte Dummheit und Gedächtnisschwäche. Ihr früheres Benehmen während der Beobachtung und das Fehlen einer Veränderung ihres somatischen Verhaltens ermöglichten die Diagnose. *Von Leupoldt* (126) benutzt den Ausfall der unwillkürlichen motorischen Reaktion, die nach einem kurzen, scharfen, akustischen Reiz entsteht und vermittels des bekannten *Sommer*schen dreidimensionalen Apparates registriert wird, um das Nichtvorhandensein einer Taubstummheit bei einem Falle von traumatischer Neurose nachzuweisen.

Die Ursachen der häufigen Verkennung von Psychosen durch Nichtfachleute werden von *Dreyfus* (36, 37) geschickt dargestellt. Er greift einmal solche

Psychosen heraus, die wegen ihres milden Verlaufes dauernd verkannt werden (Hebephrenie, Zyklothymie), und dann solche, bei denen der Verlauf den ursprünglichen Irrtum korrigiert (Paralyse). Daß er hinsichtlich der Diagnose der Paralyse neben der Charakterveränderung vor allem auf das Ergebnis der Spinalpunktion Wert legt, braucht kaum hervorgehoben zu werden. *Raecke* (190) teilt zwei Fälle von Verkennung von Geisteskrankheiten mit. Im ersten Falle hatte ein Katatoniker in einer krankhaften Verstimmung sich der Begehung von neun Diebstähle bezichtigt. In vier Fällen war die Anzeige unrichtig. Er wurde bestraft, ohne daß ein Sachverständiger gehört wurde. Schon vorher hatte er im Gefängnis einen „bedenklichen Eindruck bezüglich seines Geisteszustandes" gemacht. — Im zweiten Falle wurde auf Antrag einer Verrückten mit Eifersuchtswahn die Ehe geschieden, weil der Mann nicht schwören konnte, die eheliche Treue stets gehalten zu haben. Ein Arzt war als Sachverständiger gehört. Er legte auf krankhafte Äußerungen keinen Wert, gab die Möglichkeit des Vorliegens von Halluzinationen zu, „doch fehlt der nähere Anhalt hierfür". Das Gericht nahm das Vorhandensein der freien Willensbestimmung an, wenn auch vielleicht Sinnestäuschungen vorliegen!

Moor und *Duchateau* (157) erstatten ein Referat über Dissimulation. Sie betonen ihr häufiges Vorkommen bei Degeneration, Paranoia und Melancholie unter Heranziehung eigener Beobachtungen und besprechen die Motive und Erkennung der Dissimulation.

Jung (92) unterscheidet in dem von ihm erstatteten Obergutachten zwischen moralischem Defekt und Hysterie und mißt in seinem Falle dem moralischen Defekt bei der strafrechtlichen Verurteilung die ausschlaggebende Bedeutung bei. Aus kriminal-pädagogischen Gründen spricht er sich für verminderte Zurechnungsfähigkeit aus. Freilich sind moralisch Defekte krank, aber sie gehören nicht in die Irrenanstalt, die nie das Exekutivorgan des Strafrechts werden sollten; so wird der Jurist eher gezwungen, die Notwendigkeit einer Änderung der Strafrechtspflege einzusehen. Das Gutachten, das *Fliegenschmidt* (46) mitteilt, wägt sorgsam die für und gegen die Annahme einer geistigen Störung sprechenden Umstände ab und nimmt einen durch Trunkenheit bedingten unfreien Zustand an. Das Obergutachten des „Kurfürstlichen Obermedizinalkollegiums" hält einen blinden Trieb als die Äußerung einer Amentia occulta für wahrscheinlich. Seltsam mutet es uns heute an, wenn das Obermedizinalkollegium ausführt, „das Gutachten des Kreisphysikus ist so fleißig und gründlich gearbeitet, daß Wir uns schon nach Eingang des Dublikates dieses Gutachtens bewogen gefunden haben, ihm deshalb Unser besonderes Wohlgefallen erkennen zu geben".

In zwei ausführlich mitgeteilten Fällen spricht sich *Raecke* (191) trotz zahlreicher krankhafter Momente für Zurechnungsfähigkeit der wegen wiederholter Eigentumsdelikte Angeklagten aus. Der Fall von *Reichard* (195) zeigt, daß motorische Aphasie die Zurechnungsfähigkeit nicht aufhebt. *Hinrichsen* (72) bringt eigene Beobachtungen und zieht u. a. Hebbel, Grillparzer, Karl Philipp Moritz aus der Literatur als interessante Beispiele für das *Delbrück*sche Symptom heran.

Er erörtert die Pathogenese des Lügens, das ausgezeichnet ist durch Aktivität und Produktivität, Zwecklosigkeit und Unzweckmäßigkeit, das romanhafte Züge trägt und fast unwillkürlich erfolgt. *Boeck* und *Rode* (17) bringen einen Schulfall einer melancholischen Frau, die ihre drei Kinder mit Arsenik vergiftet. An der Hand einer großen Kasuistik gibt *Mönkemöller* (156) eine anschauliche Schilderung der strafrechtlichen Begutachtung von pathologischen Bewußtseinsstörungen. Verschiedene Krankengeschichten sind recht interessant. Mit Recht verhält sich *M.* sehr skeptisch gegenüber der strafrechtlichen Verwertung neurasthenischer Dämmerzustände. Derartige Aufsätze wie auch die Mitteilung *Nerlichs* (165) sollten lieber in juristischen Zeitschriften erscheinen zu der hier gerade so notwendigen Aufklärung der Juristen. *Bihler* (14) sowie *Hösel* (87) vermehren die Kasuistik der Zurechnungsfähigkeit Hysterischer. *Hösel* macht dabei darauf aufmerksam, daß vor *Moeli* schon *Liman* 1869 ein dem *Ganser*schen Symptom ähnliches Verhalten geschildert hat. *L.* hatte die Überzeugung, daß nicht Simulation einer Verstandesschwäche, sondern wirklicher Intelligenzmangel vorliegt. Der Fall von *Przeworski* (186) ist beachtenswert. Eine alte Frau überfällt, nachdem sie in der vorhergehenden Nacht durch einen Einbruch höchst erschreckt war, in der darauffolgenden Nacht ihren Hausherrn ohne jede Veranlassung mit der Axt. Sie hatte geglaubt, der gestrige Dieb sei wieder da und wolle dem Hausherrn ein Leid antun; deshalb schlug sie ihn. Sie erwachte in dem Augenblick, als der eigentlich Beschädigte sie beim Haarzopf riß. Der Hausherr ist übrigens Universalerbe der Täterin, die nach ärztlichem Gutachten außer Verfolgung gesetzt wurde. Der Bericht *Leppmanns* (123) ist nicht gerichtsärztlich und deshalb besonders wichtig. Ein Arbeiter war in der Stadtbahn anscheinend unter Alkoholwirkung eingeschlafen. Er fiel ganz auf eine Seite, wachte auf, sah erstaunt um sich und beschimpfte ohne jeden Anlaß den ihm gegenüber sitzenden Mann, der mit voller Verkennung der Situation seinerseits gereizt wurde und sich von dem andern verhöhnt glaubte. Versuchte Notzucht in einem Zustande von oberflächlicher Hypnose brachte dem Täter in dem Falle von *Schwabe* (238) eine Zuchthausstrafe von 1½ Jahren ein. Die Mitteilung beweist aufs neue die ungeheure Gefahr, die in der Laien-Kuriererei mit Hypnose oder sogenanntem Magnetismus liegt. Die Beobachtung *Dannemanns* (28) lehrt, daß ausgesprochene Geisteskrankheit, hier Paranoia, unter der Bezeichnung Neurasthenie geführt werden kann. Dementsprechend wurde der Täter von einem Arzte für zurechnungsfähig gehalten. Das 14 jährige Mädchen tötet im Falle von *Wilmanns* (256) das Kind seines Dienstherrn und entschuldigt die Tat mit der Angabe, es habe unter allen Umständen aus dem Dienst entlassen sein wollen. Wegen der Möglichkeit des Vorliegens von Schwachsinn Beobachtung in der Irrenklinik, die nichts Pathologisches ergab. Das Verbrechen widersprach durchaus dem inneren Wesen der Täterin. Sie motivierte es mit Heimweh. Das Verbrechen kann nun mit *Groß* als motorische Entladung des spannenden Unlustgefühls aufgefaßt werden oder mit *Kraepelin* als Äußerung eines impulsiven Irreseins, das bisweilen, aber durchaus nicht

immer, mit dem unklaren Wunsche einer Veränderung der eigenen Lage, mit einem dunklen Heimwehgefühl einhergeht. Freisprechung nach dem Gutachten. Die Beobachtung von *Ferrai* (45) betrifft einen Grenzfall mit impulsiven Antrieben und Neigung zu Gewalttätigkeiten. Vor Gericht Zubilligung mildernder Umstände nach § 47 St.G.B. [*Ganter.*] In dem Falle von *Rosenblatt* (199) hält der ärztliche Sachverständige die Angeschuldigte, die in der Untersuchungshaft epilepsieähnliche Zustände simuliert hatte, für zurechnungsfähig, die Richter aber, insbesondere der Untersuchungsrichter und der Verhandlungsleiter, für unzurechnungsfähig. Die Geschworenen gaben beiden recht und sprachen die Angeschuldigte in einem Teil der Delikte frei, in einem andern schuldig. *Frank* (48) will die von ihm und unter ihm in Münsterlingen 1891 bis 1905 erstatteten Gutachten veröffentlichen, und zwar nach Delikten geordnet. Bisher liegen zehn Gutachten über Brandstiftungen vor, die sich vor ähnlichen Mitteilungen vorteilhaft auszeichnen durch Berücksichtigung des weiteren Schicksals der Begutachteten. Alkohol und Schwachsinn spielen eine große Rolle. *F.* bedauert ebenfalls die rechtliche Unsicherheit, die durch die als unzurechnungsfähig erkannten Personen geschaffen wird. Er verlangt für diese eine sachverständige Zentralaufsicht, die über die Versorgungsart bezw. Entlassung aus der Anstalt entscheiden soll. Die psychiatrische Beobachtung soll in den Strafregistern notiert werden. Schließlich ist nötig, eine über die Grenzen der einzelnen Kantone hinweggehende zentral-fachmännische Aufsicht über die Geisteskranken, besonders die gemeingefährlichen, zum Schutze der Gesellschaft und der Kranken selbst. *Gimbal* (55) berichtet über 36 Brandstifter, die er beobachtet hat. Schwachsinn, Alkoholwirkung und Epilepsie sind von Bedeutung. Oft genug sind mehrere Schädlichkeiten in einem Falle vereinigt. Selten ist Brandstiftung bei Paranoia, ebenso bei der Dementia praecox. *Plaut* (178) schildert eine Entartete mit hysterischen Störungen, mit geringen intellektuellen Anlagen und mit einem Hange zu Masseneinkäufen sowie Geldumsatz größeren Stils. Als Frau eines Beamten mit 3000 M. Jahresgehalt hatte sie in kurzer Zeit eine Schuldenlast von 50000 M. kontrahiert. Das Motiv war, hinter dem Rücken des Mannes so große, gefährliche Dinge zu treiben. Die Handlungen entstammten einer Lust zu Abenteuern, einem Bedürfnis nach gefährlichen, beunruhigenden, spannenden Situationen wie beim Spieler.

Viele Arbeiten beschäftigen sich mit dem moralischen Schwachsinn. *Schäfer* (223) gibt in einer Monographie eine anschauliche Schilderung des sogenannten moralischen Schwachsinns, seiner Erscheinungsweise in den verschiedenen Altersstufen und unter den verschiedenen äußeren Verhältnissen, seiner praktischen Bedeutung und Erkennung. Die Ausführungen über die Verhütung werden nicht überall auf Beifall rechnen können. Dennoch wird die Schrift, die für die weitesten Kreise, vor allem Juristen und Lehrer, bestimmt ist, viel Gutes stiften können, besonders im Hinblick auf die vielen mitgeteilten praktischen Beispiele. *Sch.* bringt ferner einen Fall von Verkennung des Schwachsinns beim Militär. Der Soldat log in ganz auffälliger

Weise, pumpte den Leutnant an, der aber nichts dem Feldwebel sagen sollte, und bat um Arrest, damit nicht noch mehr passierte. Die Urteilsschwäche wurde nicht genügend berücksichtigt, wie auch in dem Falle Bruncke, bei dem viele Züge an Dementia praecox erinnern. *Longard* (139) tritt unter Anführung einer eigenen Beobachtung ein für das Krankheitsbild der sogenannten moral insanity, einer angeborenen, meist auf dem Boden erblicher Belastung entstehenden geistigen Minderwertigkeit. Sie ist meist der Imbezillität zuzurechnen; daher empfiehlt es sich, dem letzteren Ausdruck das Adjektiv „moralisch" zuzufügen. Der Typus dieser Krankheit deckt sich ungefähr mit dem des geborenen Verbrechers. Er findet sich relativ selten in Gefängnissen, wo er durch sein abweichendes Verhalten von den anderen Gefangenen eher auffällt, als in Irrenanstalten mit der größeren Freiheit. *Näcke* (158) macht unter Bezugnahme auf diese Arbeit von neuem auf das Bedenkliche der Bezeichnung moral insanity aufmerksam. Der Ausdruck ist zwar kurz, aber erweckt den Anschein, als sei die moral insanity eine Krankheit für sich, während in Wirklichkeit der moralische Defekt nur das hervorstechende Symptom ist. Entweder handelt es sich um Schwachsinnige, Entartete oder leichte periodische Schwankungen. Die Arbeit von *Tomellini* (241) handelt im Anschluß an 5 klinisch beobachtete Fälle von dem moralischen Irresein und der Verantwortlichkeit gegenüber dem Strafgesetzbuch. [*Ganter.*]

Daß *Hoppe* (82) einmal den Rausch einer strafrechtlich-psychiatrischen Würdigung unterzieht, ist erfreulich und hat anregend gewirkt. Bei den heutigen Trinksitten muß man mit dem Begriffe der Selbstverschuldung aufräumen. Ob der Berauschte Direktion hat, hängt vielfach von Zufällen ab. Unter Anlehnung an die Forschungen *Kraepelins* führt er aus, daß die Trunkenheit eine, wenn auch sehr akute Geistesstörung sei, die strafrechtlich als Bewußtlosigkeit, wie auch als krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 Str.G.B. aufgefaßt werden könne. Diesem wissenschaftlichen Standpunkte muß die Praxis des Richters bzw. ärztlichen Sachverständigen Rechnung tragen, und die Gesellschaft muß den Alkoholgenuß erschweren und dem einzelnen den Alkohol weniger zugänglich machen. Strafbestimmungen (bedingte Verurteilung, die von der Abstinenz abhängig ist, Schadenersatzleistung, zwangsweise Anstaltsunterbringung) müssen hinzukommen. Von einer Bestrafung der Trunkenheit an und für sich verspricht sich *H.* nichts. Die Gewohnheitstrinker sind ebenfalls nicht zu bestrafen, sondern in Trinkerheilanstalten unterzubringen bis zum Eintritt der Heilung oder dauernd. *Gaupp* (54) ist hinsichtlich der rein klinischen Seite einer Meinung mit *H.* Er hält aber den § 51 Str.G.B. beim gewöhnlichen Rausch nicht für anwendbar, weil das dem Willen und der Meinung der gesetzgeberischen Faktoren nicht entspräche. Aber auch praktisch läßt sich der Vorschlag *H.*s nicht durchführen. In dieser Anschauung läßt er sich nicht wankend machen durch eine Erwiderung von *Hoppe* (82), und *Gaupp* schließt die Diskussion mit dem Wunsche, daß die theoretischen Anschauungen *H.*s in weitesten Kreisen Geltung erlangen, damit auch sein praktischer Standpunkt de lege ferenda

berücksichtigt werden könne. Die zusammenfassende Darstellung der Zurechnungsfähigkeit der Trinker von *May* (146) bespricht besonders eingehend den pathologischen Rausch unter kritischer Verwertung der neuen Beobachtungen. Ebenso gibt *Meyer* (152) eine kritische Besprechung der Frage der Bedeutung des Rausches für das gegenwärtige Strafgesetz und der Berücksichtigung des Rausches im zukünftigen Strafgesetz. Er verlangt psychiatrische Untersuchung bei allen schweren, im Rausch begangenen Delikten; auch bei dem gewöhnlichen Rausch soll der Psychiater gehört werden. Amnesie sollte immer die Aufmerksamkeit des Richters erregen. Wichtig ist für die Zukunft besonders die Behandlung der Trinker. *Juliusburger* (90, 91) verlangt schon nach der ersten alkoholistischen Straftat die Überweisung des Täters an eine Heilanstalt. *Hoppe* (83) betont in einer Diskussion, daß unter den alkoholistischen Delikten sich viele von Nichtalkoholikern befinden, die in einem Gelegenheitsrausche kriminell wurden. Jedenfalls sei dieser freizusprechen oder bedingt zu verurteilen; er brauche aber nicht einer Trinkerheilanstalt überwiesen zu werden, zumal nicht einmal alle Gewohnheitstrinker einer solchen zu ihrer Behandlung bedürfen. *H.* verlangt eine Aufklärung über die kriminelle Bedeutung des Alkohols in den Strafanstalten und eine Überweisung entlassener Sträflinge an Enthaltsamkeitsvereine. *Dannemann* (29) schildert in seinem Gutachten den Alkoholversuch mit Prüfung der Bewegung der ausgestreckten Hand mit dem *Sommer*schen Apparate und der Merkfähigkeit und Identifizierungsmöglichkeit. *Kornfeld* (111) hebt den auch vom Referenten schon mehrfach schmerzlich empfundenen Mangel einer sachverständigen Untersuchung von trunkenen Angeschuldigten gleich nach der Tat hervor. *Ferrai* (44) bringt 2 Fälle von chronischem Alkoholismus mit Erblichkeit und psychopathischen Zügen. Der erste, 50 Jahre alt, schnitt seiner Geliebten in der Trunkenheit aus Eifersucht ein Stück von der Nase ab: Unzurechnungsfähigkeit. — Im zweiten Falle ließ sich der Betreffende eine Reihe von betrügerischen Manipulationen zu schulden kommen: verminderte Zurechnungsfähigkeit. [*Ganter.*]

Die strafrechtliche Bedeutung des Morphinismus war Gegenstand eines Referates auf der I. Tagung der neugegründeten Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin. Der erste Referent *von Kaan* (96) betont, daß der Morphinismus allein die Zurechnungsfähigkeit nicht vermindert oder aufhebt; es bedarf noch des weiteren Nachweises psychopathologischer Störungen, sei es einer Intoxikations- oder Abstinenzpsychose, sei es eines dauernden, aus dem Morphinismus entstandenen krankhaften Geisteszustandes im Sinne einer Demenz, Halluzinose oder Paranoia. Moralisch defekte, aber intellektuell vollwertige Morphinisten fallen unter das Gesetz, bedürfen aber eines besonders gearteten Strafvollzugs und Stellung unter ärztliche Aufsicht. Es bedarf einer gesetzlichen Bestimmung, nach der die zwangsweise Entziehung und Internierung exkulpierter Morphinisten gestattet ist. Der andere Referent, *Straßmann*, (222) legt den Hauptwert auf die Mitteilung von 10 eigenen, interessanten Beobachtungen. Es war nicht nur die Frage der Zurechnungsfähigkeit und Haftfähigkeit zu beantworten, sondern auch die Frage, ob die dauernde

Abgabe von Morphium seitens eines Apothekers ohne ärztliches Rezept als fahrlässige Körperverletzung anzusehen sei. Referent bejaht diese Frage, während die Staatsanwaltschaft anscheinend anderer Meinung war. Die Straftaten der Morphinisten waren recht mannigfaltig und zeigten vielfach eine gewisse Energie. Es handelte sich selten um reine Morphinisten; meist bestand daneben noch Alkoholismus oder Kokainismus oder eine deutliche neuropathische Beschaffenheit, Epilepsie, Hysterie. Das erklärt das Vorkommen impulsiver Handlungen. Übrigens macht auch *von Kaan* auf die häufige Kombination des Morphinismus mit anderen Störungen aufmerksam. Die Unwahrhaftigkeit ist aber nach *St.* ein Symptom des Morphinismus. Bei der Frage der Zurechnungsfähigkeit bei Morphinismus legt *St.* großen Wert auf die durch ihn bedingte völlige Umwandlung der ganzen Persönlichkeit; von Belang sind Gedächtnisdefekte und frühere Anfälle halluzinatorischer Geistesstörungen. In der Diskussion wurde von den verschiedenen Seiten die Notwendigkeit des Schutzes der Gesellschaft betont. *Marx* (142) berichtet über obige Sitzung, zieht eigene Erfahrungen heran und verlangt die Begutachtung von Morphinisten in einer geschlossenen Anstalt. Von Belang ist das Verhältnis der Straftat zur sozialen Persönlichkeit des Rechtsbrechers. *Crothers* (26) teilt die Verurteilung eines Morphinisten wegen Sittlichkeitsverbrechens mit. Der Verurteilte bot die Zeichen ethischer und intellektueller Degeneration und konnte kaum für zurechnungsfähig angesehen werden.

Aus der beachtenswerten Arbeit *Breslers* (23) sei hier hervorgehoben, daß nach den Ergebnissen der Reichs-Kriminalstatistik der Prozentsatz der Vorbestraften vom 5. Dezennium ab unter den Verurteilten abnimmt. Eine große Rolle spielen unter den Straftaten alter Penonen die Sexualdelikte, die im Greisenalter an Zahl nur verhältnis- mäßig wenig abnehmen, dann folgen Fahrlässigkeitsvergehen, insbesondere fahrlässige Inbrandsetzung. Mögen viele Juristen die Arbeit lesen, damit endlich unsere uralte Forderung erfüllt wird, bei sexuellen Delikten von unbescholtenen Greisen stets den Geisteszustand zu prüfen.

Colla (25) beobachtete drei psychopathische Individuen, die vorzüglich oder allein unter Alkoholgenuß homosexuelle Handlungen begingen. Das Gutachten *Leppmanns* (122) betrifft den durch die Presse bekannt gewordenen Studenten, der in 16 Fällen während weniger Monate weiblichen Personen die Zöpfe abgeschnitten hatte. Der erblich stark belastete Täter war ein Degenerierter, der sich mit weiblichen Haaren beschäftigen mußte, um sexuell erregt zu werden. Eine andere Möglichkeit geschlechtlicher Befriedigung gab es für ihn nicht. Freisprechung nach Gutachten. Bei dem Kranken *Horstmanns* (86) macht sich vorübergehend, und zwar nur während des Bestehens einer Neurasthenie, das dringende, durch Alkoholgenuß gesteigerte und von dem Kranken selbst peinlich empfundene Verlangen geltend, koitierenden Pärchen unter eigener geschlechtlicher Erregung zuzuschauen. Sehr interessant und lehrreich ist der Fall *Mercklins* (149). Ein Lehrer grübelt über die Frage, ob die Schülerin sich dem älteren Lehrer hingeben würde. Der Lehrer läßt sich

eines Tages hinreißen und fühlt sich darnach sehr erleichtert. Eine sinnliche Lust lag ihm fern; maßgebend war eine rein theoretische Untersuchung. Freisprechung. *Praetorius* (183) weist daraufhin, eine Möglichkeit der Nichtanwendbarkeit des § 175 Strafgesetzbuchs sei darin gegeben, daß der Gesetzgeber damals den homosexuellen Trieb nicht kannte und der Paragraph somit auf einer unrichtigen Vorstellung von der Sache beruht. *Nerlich* (166) schildert den aus der Presse bekannten Lustmörder Dittrich als einen typischen, unzurechnungsfähigen Degenerierten (intellektueller und moralischer Schwachsinn, erhöhte Reizbarkeit, Beeinträchtigungs- und Größenideen, gesteigerte Libido sexualis mit Neigung zu verkehrten sexualen Handlungen). *Luigi Oliva* (171) teilt zwei Fälle von Manustupration an Knaben mit Hypotrophie der Genitalien, Horror feminae und allgemeiner Degeneration mit und empfiehlt in gewissen Fällen die Ablatio testis unius. [*Ganter.*] *Ferrai* (43) bejaht die Frage: Hätte die Schwachsinnige einer Annäherung des Mannes noch genügend moralischen Widerstand entgegensetzen können und konnte sie die Folgen ihrer Handlung beurteilen? Dann schildert er den Mißbrauch des eigenen Kindes durch einen senil Dementen. [*Ganter.*]

Auf eine Anregung *Straßmanns* hin hat sich *Marx* (144) mit der normalen Psychologie der Untersuchungshaft beschäftigt unter Beschränkung auf geistig gesunde, ganz oder relativ unbescholtene Personen. Selbstmord findet sich bei Untersuchungsgefangenen vier- bis fünfmal so häufig als bei Strafgefangenen. Sehr groß ist die Frequenz im Juni wie auch bei der freien Bevölkerung. Jugendliche neigen weniger zum Selbstmord. Die mitgeteilte und kritisch beleuchtete Diskussion zeigt das Interessante des Themas. Verfasser gibt für zukünftige Untersuchungen einen Arbeitsplan mit und will u. a. besonders berücksichtigt wissen das Alter, das Geschlecht, die soziale Stellung, die geistige Beschaffenheit, die kriminelle Vergangenheit und die Art der Delikte der Untersuchungsgefangenen. Hierzu berichtet *Hoffmann* (80) über Gefängnis-Psychosen und Psychosen im Gefängnis nach seinen Beobachtungen aus dem Moabiter Untersuchungsgefängnis. Danach ist dort Übertreibung doch recht häufig. Wir lernen u. a. einen vielleicht an Epilepsie leidenden Menschen kennen, der auf Kommando Anfälle bekommt, die echten Anfällen jedenfalls sehr gleichen. Bei einem andern, der auch von Fachleuten mehrfach als Paralytiker angesprochen war, wurde schließlich Hysterie festgestellt.

3. Kriminal- Anthropologie- und Psychologie.

Drei Jahre nach dem Erscheinen war eine neue Auflage von *Aschaffenburgs* (3) Werk nötig. Das beweist das zunehmende Interesse auch weiterer Kreise für Kriminalpsychologie, mehr noch die Vortrefflichkeit des Buches, das den Autor an die Spitze der deutschen Forscher auf diesem Gebiete stellt. Daß die inzwischen erschienenen Arbeiten berücksichtigt worden sind, braucht kaum gesagt zu werden. Eine für weitere Kreise bestimmte, flott geschriebene Darstellung der Lehre vom Verbrechen ist die Arbeit von

Lobedank (132), der immer wieder betont, der Jurist müsse Kriminalbiologe werden. Sehr instruktiv sind die mitgeteilten Beispiele, die den Laien vor vielen Irrtümern bewahren und seine Bedenken gegen die neue Auffassung vom Verbrechen zu zerstören vermögen. Es sei noch besonders auf die Erörterung über den Strafvollzug hingewiesen. Die Arbeit von *Antonini* (2) ist ein Handbüchlein von 167 Seiten, das die Grundzüge der italienischen kriminalanthropologischen Schule enthält *A.* ist ein begeisterter Anhänger *Lombrosos* und zieht auch die letzten Konsequenzen aus seiner Lehre, daß der Verbrecher krank ist, daß die Strafe zwecklos ist und nur die mehr oder weniger lange Trennung von der Gesellschaft einen Sinn hat. Dem Arzt, dem Juristen und jedermann, der sich kurz über die Lehren der positiven Schule orientieren will, wird das Büchlein ein guter Führer sein. [*Ganter.*]

Der ebenso dankbaren wie wichtigen Aufgabe, die zahlreichen und innigen Beziehungen zwischen Alkohol und Kriminalität darzustellen, ist die umfangreiche Arbeit *Hoppes* (81) gewidmet, der durch seine schon in dritter Auflage erschienene Studie: „Tatsachen über den Alkohol“ seine besondere Qualifikation für diese Aufgabe bekundet. Das Werk verwertet eine ungeheure Summe statistischen Materials aus aller Herren Ländern, um den Zusammenhang zwischen Alkohol und Verbrechen nach den verschiedensten Gesichtspunkten hin zu erörtern. Der Kriminalität der Jugendlichen und der Rückfälligkeit wird besonders gedacht. Wie bei den Rückfälligen die Trinker resp. die zur Zeit der Tat Berauschten sehr überwiegen, werden auch die Trinker unter den Kriminellen bedeutend häufiger rückfällig; die relativ geringe Kriminalität der Juden wird hauptsächlich auf ihre Nüchternheit zurückgeführt. Die öffentlichen Kosten der Strafrechtspflege für die gesamte, durch Alkohol erzeugte Kriminalität betragen in Deutschland jährlich mindestens 50 Millionen Mark. Nach *Oehlert* (171) kommt dem Wein nicht die gleiche kriminelle Bedeutung zu wie den andern alkoholhaltigen Getränken. Dem widerspricht *Kürz* (114) ganz energisch und betont, daß die größere Harmlosigkeit des Weines durch nichts erwiesen sei.

Roheitsdelikte finden sich nach *Bonhöffer* (18) besonders häufig bei Gelegenheitsarbeitern und Bauarbeitern. Auffallend ist nach dieser Richtung hin die geringe Kriminalität in Fabrikbetrieben, die vielleicht auf den Einfluß der hier geltenden, geregelten Hausordnung zurückzuführen ist.

Dohrn und *Scheele* (34) berücksichtigen die Degenerationszeichen an den Organen der Mundhöhle. Die Differenz der Häufigkeit der Degenerationszeichen bei Entarteten und Gesunden ist zu unwesentlich, um praktisch von Bedeutung zu sein; das gleiche gilt auch von dem Vorkommen mehrerer Degenerationszeichen bei einem Individuum. *Näcke* (159) widerspricht energisch der Behauptung, daß die ganze Lehre von den Degenerationszeichen einer sachgemäßen Prüfung nicht standhalte. Er wirft *Dohrn* und *Scheele* methodologische Fehler vor hinsichtlich der Auswahl des Materials, der sehr engen Beschränkung der herangezogenen Degenerationszeichen und ihrer Bewertung, sowie hinsichtlich der Nichtanwendung des Messens.

Weinberg (254) macht wahrscheinlich, daß ein innerer Zusammenhang zwischen psychischer Degeneration, Kriminalität und Rasse besteht. Das gelegentlich der ersten allgemeinen Volkszählung in Rußland erhobene Material zeigt, wenn auch nicht sehr große, so doch immerhin sehr deutliche Unterschiede der Kriminalität der verschiedenen Rassen. Unverhältnismäßig groß ist die Zahl der kriminellen Polinnen. Deutliche Unterschiede zeigen sich besonders bei der Prostitution. Die gesamte Kriminalität der Juden ist nach *Blau* (16) in den letzten zwei Jahrzehnten stärker gewachsen als bei den Evangelischen und Katholischen, wenn sie auch im allgemeinen erheblich geringer ist als die der Christen. Die große Beteiligung an bestimmten Delikten beruht darauf, daß mehr als die Hälfte aller Juden im Handel tätig ist; die große Zahl der selbständig Tätigen erklärt die enorme Beteiligung der Juden an den Verurteilungen wegen Zuwiderhandlung gegen die Bestimmungen über die Sonntagsruhe. In einer beachtenswerten, ausführlichen und viel Material heranziehenden Arbeit erklärt *Wassermann* (248) die vielen Fehler bei der Ermittlung der Kriminalität der Juden. Man muß nicht allein Handel und Gewerbe berücksichtigen, sondern auch eine genaue Berufsgliederung vornehmen und die Anteilnahme an den verschiedenen Delikten feststellen. Auch die ökonomische Lage verdient Beachtung. Die Kriminalität der Juden weicht nicht unwesentlich ab von der, die nach ihrer Berufsverteilung zu erwarten ist. Bei den meisten Delikten ist die Kriminalität günstig mit Ausnahme des Meineides, Betruges und vor allem des Wuchers. Auch hier ist eine Änderung zum Besseren zu konstatieren. In der Entwicklung zum reinen Industrie- bezw. Handelsstaate wird die Kriminalität des Landes der der Judenz weifellos sich außerordentlich nähern. Die Kriminalität der Neger in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ist nach *Fehlinger* (41) größer als die der Weißen, aber geringer als die der Mongolen und Indianer. In den industriell entwickelten Staaten ist die Kriminalität überhaupt größer. Vergehen gegen das Eigentum sind bei Weißen und Negern annähernd gleich häufig. Bei den Weißen überwiegen die Vergehen gegen Staat und Gesellschaft, bei den Negern die gegen die Sicherheit der Personen.

Seuffert (204) erörtert in der aus seinem Nachlaß veröffentlichten Arbeit das Problem der örtlichen Verteilung der Kriminalität im Deutschen Reiche an der Hand der Kriminalstatistik. Die Kriminalität ist auffallend günstig im ganzen Westen, sehr ungünstig an den Ostgrenzen. Die Bevölkerung der günstigen Bezirke zeigt verhältnismäßig größere Neigung zum Widerstand gegen die Staatsgewalt; umgekehrt neigt die Bevölkerung der kriminell ungünstigen Bezirke verhältnismäßig weniger zum Betrug. Diebstahl ist seltener im Westen und Nordwesten, häufiger im Osten und Nordosten. Im allgemeinen ist in den Bezirken mit größerer Diebstahlshäufigkeit auch stets Neigung zu anderen Straftaten mit Ausnahme der Pfalz bei geringerer Neigung zum Diebstahl, und Sachsens mit dem umgekehrten Verhältnis. Der Süden, vor allem Bayern, fällt auf durch seine Betrugshäufigkeit. Die ungünstigsten Verhältnisse hinsichtlich Körperverletzung finden sich im Osten und Bayern,

besonders in der Pfalz. Die Gewalttaten gegen Beamte sind fast unabhängig von geographischer Lage, von den wirtschaftlichen Verhältnissen und Eigentümlichkeiten einzelner Stämme, sind vielmehr bedingt durch die Gestaltung und Handhabung der Polizei. *Dochow* (32) führt hinsichtlich des Amtsbezirkes Heidelberg seine früheren Vorschläge durch, ein kleines geographisches Gebiet auf seine Kriminalität im allgemeinen und hinsichtlich einzelner Delikte zu untersuchen. Die vielen Körperverletzungen sind auf Alkoholgenuß und auf Zusammenströmen einer größeren Menge jugendlicher Arbeiter zurückzuführen.

Nach der österreichischen Statistik für Strafrechtspflege für 1902—1903 steht, wie *Högel* (77) mitteilt, die hohe Straffälligkeit der jüngeren männlichen Altersklassen im engen Zusammenhange mit der hohen Straffälligkeit der Ledigen. Die Belastung der Ledigen ist im allgemeinen mehr als doppelt so groß als die der Verheirateten.

Während *Schott* (232a) eine kritische Übersicht über die bisherigen Forschungen zur Psychologie der Aussagen gibt, erörtert *Gmelin*, nach welcher Richtung hin diese Forschungen für den Richter von Bedeutung sein können und werden. Daß die richtige Aussage nicht die Regel, sondern die Ausnahme bildet, war auch dem erfahrenen Richter schon bekannt; neu aber ist, daß aus der subjektiven Gewißheit, mit welcher der Zeuge seine Aussage macht, für sich allein auf die objektive Wahrheit seiner Bekundung kein sicherer Schluß gezogen werden kann. Die Strafbarkeit des fahrlässigen Falscheides ist abzuschaffen. Es sollte regelmäßig die erste Vernehmung unter Beeidigung oder vielmehr unter feierlicher Wahrheitsversicherung möglichst bald nach der Wahrnehmung erfolgen; auch die nichteidliche Lüge vor Gericht sollte strafbar sein.

Der bemerkenswerte Fall von *Siemens* (207) zeigt aufs deutlichste die großen Bedenken, Zeugenaussagen von Kindern einen allzugroßen Wert beizulegen. *S.* verlangt mit Recht eine Hinaufschiebung der Altersgrenze der Eidesfähigkeit. Die Mitteilung von *Urstein* (246) ist außerordentlich interessant und den meisten Lesern wohl aus der politischen Presse, in die sie übergegangen ist, bekannt. Zwei Individuen beschlossen, vor Gericht ihre Rollen zu vertauschen; das eine von ihnen wurde zu Unrecht von vielen Zeugen mit voller Sicherheit als der Täter eines Diebstahls erkannt, auch die Richter hatten sich täuschen lassen.

Pessler (174) erörtert unter Bezugnahme auf einen Spezialfall die Frage, wie weit die Aussage eines Zeugen zuverlässig ist, der behauptet, einen bestimmten Menschen bei irgendwelcher zweifelhafter Beleuchtung in der Dämmerung und unter dem Druck einer vorgefaßten Meinung erkannt zu haben. Eine experimentelle Nachprüfung unter möglichster Nachahmung der wirklichen Verhältnisse soll die Entscheidung bringen. Ein Mann hatte sich, wie *Zingerle* (264) mitteilt, der Ermordung seiner Tochter bezichtigt, war zum Tode verurteilt, aber zu lebenslänglichem schwerem Kerker begnadigt. Erst nachträglich wurde die Selbstanzeige als das Produkt eines abnormen Geistes-

zustandes (eine depressive Verstimmung bei einer psychopathischen Konstitution) erkannt. Die vielfachen, unmotivierten Widersprüche, die anscheinende Gleichgültigkeit bei der Aussage und die Leichtfertigkeit, mit der sie erfolgte, die überraschende, fast unmögliche Gedächtnistreue und der Widerspruch zwischen Tat und Persönlichkeit hätten schon von Anfang an an geistige Störung denken lassen können. Der Mann gab sein Geständnis ab unter einem psychischen Chok — ein Gendarm hielt ihn für verdächtig — und baute es unter dem unbeabsichtigten, suggestiven Einfluß der Umgebung allmählich aus. Der zweite Fall betrifft Erinnerungsfälschung bei traumatischer Hysterie.

Jung (93) berichtet über den interessanten Fall, in dem es ihm gelang, durch die Assoziationsmethode einen des Diebstahls Verdächtigen als Schuldigen zu entlarven. Wichtig ist die Vergleichung des Verhaltens des Schuldigen mit dem eines Wissenden und dem eines Unbeteiligten; sie warnt vor einem ungerechtfertigten Optimismus. An der Hand zweier ausführlich mitgeteilter Versuche kommt *Löffler* (134) zu dem Ergebnis, daß die Assoziations-Methode auch für rechtliche Zwecke eine Zukunft haben kann als ein neues, dem Prozeß bisher fremdes Beweismittel. Freilich bedarf es dabei vieler Vorsichtsmaßregeln und eines vorherigen, eingehenden Studiums vieler Laboratoriumsversuche. *Freud* (49) zieht eine interessante Parallele zwischen der Tatbestands-Diagnostik und der von ihm und *Breuer* gegebenen psychologischen Analyse der Neurosen. Er schlägt vor, psychologische Untersuchungen eine Reihe von Jahren an allen wirklichen Fällen von Strafbeschuldigung vorzunehmen, ohne daß dem Ergebnis der Tatbestands-Diagnostik irgendein Einfluß auf die richterliche Entscheidung zugestanden wird.

Hauptmanns Rose Berndt ist von *Wulffen* (259) einer kriminalistischen Analyse unterworfen worden. *Reichel* (193) betont, daß *W.* zu scharf analysiere, als daß alles richtig sein könnte. Vor allem kann er der Beweisführung von *W.*, der die Rose für hysterisch hält, nicht beipflichten.

Ein sehr zeitgemäßes und wichtiges Thema hat die Hessische Vereinigung für gerichtliche Psychiatrie und Psychologie in der Fürsorgeerziehung gewählt. *Dannemann* (30) trennt die Zöglinge in geistig normale und geistig abnorme. Jene können, ohne Zeichen von Verderbtheit zu bieten, durch mißliche Verhältnisse gefährdet oder infolge von Erziehungsmängeln bereits verwildert sein. Bei den Kranken unterscheidet er ebenfalls zwei Gruppen, einmal die bei guter Intelligenz moralisch anästhetischen und dann die psychopathisch Veranlagten (Imbezille mäßigen Grades, Epileptische, Hysterische etc.), und führt zahlreiche Beispiele an. Die Zwangserziehung verlangt eine sorgfältige, nur einem psychiatrisch gebildeten Arzte mögliche Scheidung der verschiedenen Kategorien. Die Wichtigkeit des psychiatrischen Beirates wird auch von den anderen Referenten energisch betont. Diese (*Fuld* (51), *Balser* (8), *Best* (13), *Klumker* (103) berücksichtigen mehr die praktische und juristische Seite der Frage. Für weibliche Personen ist die Familienerziehung die einzig richtige. Die Bedeutung der Familienerziehung wird von den preußischen Provinzialverbänden

vielfach unterschätzt. Der bekannte Standpunkt des Kammergerichts, der den subsidiären Charakter der Fürsorgeerziehung betont, wird sehr bedauert. Im Hinblick auf die in England gemachten Erfahrungen verspricht sich *Fuld* eine weitere Abnahme der jugendlichen Kriminalität. *Balser* glaubt die schlechten Erfahrungen, die der Kreisausschuß Mainz bisher gemacht hat, darauf zurückführen zu dürfen, daß bei der Durchführung des Gesetzes zu viel schablonisiert und zu wenig individualisiert wird, und zeigt, wie hier Abhilfe zu schaffen ist. Angesichts der heutigen Kriminalität der Jugendlichen ist es dringend geboten, Kinder und Jugendliche ausgiebiger als bisher mit Verurteilung und Strafverbüßung zu verschonen. *Wulffen* (260) gibt eine gute Übersicht dessen, was diesen Zweck erreicht; er fordert eine Heraufrückung des strafmündigen Alters auf das vollendete 14. Lebensjahr, Einschränkung des Legalitätsprinzips, weitgehende Zubilligung des sogenannten bedingten Strafaufschubs für Jugendliche, Trennung der vorbestraften von erstmalig verurteilten Jugendlichen, Überwachung nach der Entlassung aus der Anstalt und Zwangserziehung der moralisch und kriminell gefährdeten Minderjährigen. Erfreulich ist es, daß auch *W.*, der Staatsanwalt in Dresden ist, gleich uns Psychiatern sich nicht mit der sogenannten Strafbarkeitseinsicht befreunden kann. *Oehlert* (169) führt die große Differenz in der Zahl der Freisprechungen aus § 56 Str. G. B. in den verschiedenen Gegenden Deutschlands auf eine Differenz in der Praxis zurück. Die Entscheidung wird nicht nur durch Urteil, sondern auch im Beschluß über die Eröffnung des Hauptverfahrens oder vom Staatsanwalt durch Einstellungsverfügung getroffen, und hierin wird nicht einheitlich vorgegangen; die Statistik gibt aber hierüber keinen Aufschluß. *Puppe* (188) hat auf dem vorigen Juristentage bei der Besprechung des Geisteszustandes jugendlicher Krimineller zwei Forderungen aufgestellt. Die erste (obligatorische Untersuchung jedes kriminellen Jugendlichen durch einen psychiatrisch vorgebildeten Arzt) wurde angenommen, die zweite (ständige Überwachung der Zwangs- und Fürsorgezöglinge durch psychiatrisch vorgebildete Ärzte) wurde als bereits erfüllt und daher überflüssig abgelehnt. Er teilt zur ersten Forderung interessante Krankengeschichten mit und wiederholt zutreffend seine zweite Forderung. Er erklärt einen weitgehenden Einfluß seitens der Ärzte auf den Lehrplan und die Behandlung der Zöglinge für notwendig. *Seyffarth* (205) bespricht den Entwurf des neuen „Zwangserziehungsgesetzes für Hamburg". Die Fürsorgeerziehung soll erfolgen auf Antrag des Waisenhauskollegiums, das entscheidet, ob der Zögling in einer Erziehungs- und Besserungsanstalt oder in einer Familie oder im Waisenhause unterzubringen ist. Auch noch nicht verwahrloste Kinder können überwiesen werden, sofern das Belassen bei ihren Eltern die Gefahr eines moralischen Untergangs nahelegt. Vor allem bedarf es einer möglichst individuellen Behandlung der einzelnen Zöglinge. *S.* regt an, eine ähnliche Einrichtung wie die „reformatory ships" auch in Deutschland zu treffen. Auf Schulschiffen sollen die Zöglinge praktisch und theoretisch recht sorgfältig für den seemännischen Beruf vorbereitet werden. *Van Waveren* (249) gibt eine kurze Übersicht

über Inhalt und Zweck der drei sogenannten Kindergesetze Hollands. Sie betreffen den Schutz der Minderjährigen in geistiger und körperlicher Beziehung, die strafrechtliche Behandlung jugendlicher Personen sowie die Einrichtung und Verwaltung der sogenannten Zuchtschulen. Eine ebenso eigenartige wie nachahmenswerte Einrichtung ist das Mailänder „Istituto Pedagogico Forense“, eine mustergültige Erziehungsanstalt, die eine glückliche Vereinigung der Familien- und Anstaltserziehung darstellt. Sie nimmt, wie wir durch *Polligkeit* (181) hören, ohne alle Formalitäten vorzugsweise Jugendliche auf, die mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten sind, übernimmt deren Verteidigung und sucht die bedingte Begnadigung zu erreichen. Sie übernimmt auch deren weitere Erziehung zur Arbeit durch die Arbeit, unterrichtet und bringt sie in auswärtigen Werkstätten unter. Die Knaben müssen für ihre Kost entsprechend ihrem Verdienst zahlen und außerdem zur Weckung altruistischen Denkens einen geringen allgemeinen Beitrag abgeben. *E. von Liszt* (131) gibt ein kurzes Referat über den von *Barrows* zusammengestellten Bericht über die amerikanischen Jugendgerichtshöfe. Die Resultate sind durchaus ermutigend und fordern zu einer entsprechenden Anwendung auf unsere Verhältnisse nach den in Amerika gemachten guten Erfahrungen auf (Trennung der Kinder von den Erwachsenen vor Gericht, Überweisung der verwahrlosten oder verbrecherischen Jugendlichen an einen hierfür besonders befähigten Richter, Einführung des Probationssystems).

In einer neueren Arbeit tritt *Heimberger* (63) wieder sehr warm für die Strafkolonien ein. Er verspricht sich nicht von ihr eine Vermeidung aller Gebrechen unseres seitherigen Strafvollzugs; aber es ist von ihr zu erhoffen, daß die körperlichen und geistigen Schädigungen dem Sträfling erspart werden, daß sie erzieherisch einwirkt und nach Abbüßung der Strafzeit den Genuß der Früchte der Arbeit ermöglicht, was von der Innenkolonisation nicht gilt. Beachtenswert ist sein Vorschlag, doch den Versuch in unseren Kolonien zu machen mit 500 Mann, deren Auswahl auf Grund freiwilliger Meldungen erfolgt.

Gudden (58) verlangt an Stelle der Strafen eine Überweisung der unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher und Vagabunden an abstinente koloniale Anstalten mit zahlreichen Gewerbebetrieben und Festhaltung für unbestimmte Zeit. Die Anstalten überwachen ihre Zöglinge auch nach der Entlassung und erleichtern den freiwilligen Eintritt. *Kraepelin* (112) gibt in klarer und anschaulicher Form ein Bild der Lehre vom Verbrechen als sozialer Krankheit und weist die theoretische und praktische Unhaltbarkeit der Vergeltungstheorie *Birkmeyers* überzeugend nach. *Aschaffenburg* (6) war vom Deutschen Juristentage (neben *Mayer* als Korreferenten) zum Referenten ernannt für die „strafrechtliche Behandlung von dem rückfälligen, gewohnheits- und gewerbsmäßigen Verbrechertum“. Mit gewohnter Klarheit setzt er auseinander, daß sich diese Begriffe nicht voneinander abgrenzen lassen. Sie sind nur in beschränktem Maße zu verwerten. Die Strafart muß auf die geistige und körperliche Individualität Bezug nehmen, wie er es an den Beispielen

der Trunksucht und des Schwachsinns genauer auseinandersetzt. Der Strafvollzug muß von der Einzelhaft bis zur Beschäftigung im Freien fortschreiten. Die Strafdauer hängt ab von der Strafwirkung. *A.* tritt im Gegensatz zu *Mayer* für ein absolut unbestimmtes Strafmaß ein; der Verbrecher erhält zum Schutze seiner Rechte und zur Aufrechterhaltung der Verbindung mit der Außenwelt einen Berufsvormund. *Mayer* (147) verlangt eine stärkere Differenzierung der Strafart, die auf die Individualität des Verbrechers Bezug nimmt. Die Strafe für den Gelegenheitsverbrecher soll kurz und streng sein; für Gewohnheitsverbrecher ist eine langjährige, zur Arbeit erziehende, progressiv fortschreitende Strafe angebracht. Die Strafdauer soll nur relativ bestimmt sein innerhalb der festgesetzten Minimal- und Maximaldauer.

Die Dresdener Juristisch-psychiatrische Vereinigung ist vorbildlich geworden für andere ähnliche Einrichtungen. Die erste Sitzung fand 1894 statt; was in den bisherigen 100 Sitzungen verhandelt worden ist, läßt *Ilberg* (89) Revue passieren. Er gibt noch einen Ausblick auf die Arbeiten der Zukunft. Die Arbeit wird dem trefflichen Gedanken einer Vereinigung beider Stände zweifellos neue Freunde gewinnen.

Sehr energisch widerspricht *Näcke* (160) der von *Lombroso* gezogenen Parallele zwischen Verbrechen und Homosexualität. Man kann sehr wohl von einem geborenen Homosexuellen sprechen, aber nicht von einem geborenen Verbrecher. Jener wird es durch überall vorhandene, kaum vermeidbare, dieser nur durch besondere Umstände.

Das „Wissenschaftlich-Humanitäre Komitee" gibt den neuen 8. Jahrgang in einem allerdings wenig handlichen Bande heraus. An erster Stelle steht ein ausführlicher Aufsatz des Herausgebers *Hirschfeld* (73) über das Wesen der Liebe mit besonderer Berücksichtigung der Bisexualität. *Römer* zeigt in seiner historischen Skizze, wie erschreckend radikal früher in den Niederlanden mit den Homosexuellen verfahren wurde. An dieser Stelle verdient besondere Beachtung die strafrechtliche Arbeit von *Friedländer*, in der er eine Kritik der neuen Vorschläge zur Abänderung des § 175 gibt. Zwei gerichtliche Entscheidungen werden von *Praetorius* einer scharfen Kritik unterzogen. — Das „Wissenschaftlich-Humanitäre Komitee" gibt außerdem noch Monatsberichte heraus, die eine kritisch gehaltene Übersicht über alles das geben, was mit seinen Bestrebungen zusammenhängt. Sie berücksichtigt die Literatur, Strafverfolgung, zeitgenössische Ereignisse usw. Das größte Aufsehen im Berichtsjahre erregte, worauf das Jahrbuch noch ausdrücklich hinweist, der Selbstmord des Großindustriellen N. Israel. *Hirschfeld* (74) behandelt in seiner nicht nur für Ärzte, sondern auch für Juristen und gebildete Laien bestimmten Arbeit die sexuellen Zwischenstufen und legt dabei einen Hauptwert auf zusammenhängende, bildliche Darstellung. Im Anschluß an einen Fall, bei dem sich während des Lebens das Geschlecht nicht feststellen ließ, hebt er das Bedenkliche hervor, das darin liegt, daß das Bürgerliche Gesetzbuch den Paragraphen über Zwitter weggelassen hat. Das heikle Gebiet der sexuellen Frage in ihrem ganzen Umfange behandelt

Forel (47) in seiner groß angelegten Arbeit. Innerhalb eines Jahres erschien die 4. Auflage. Hier sei nur hervorgehoben die Schilderung der sexuellen Pathologie, bei deren Darstellung er vor allem *Krafft-Ebing* folgt, sowie die Erörterung der Rechte im Sexualleben. Auch *F.* hebt scharf hervor die Bedeutung der senilen Demenz für die Sittlichkeitsverbrechen der alten Herren! Wie oft werden wir diese dem Psychiater ganz geläufige Tatsache noch wiederholen müssen, ehe sie Gemeingut der Juristen wird. Er spricht sich gegen die Beibehaltung des § 175 Str.G.B. aus. Er erkennt eine angeborene, pathologische, sexuelle Neigung zu unreifen Kindern an, eine Päderosis. Von besonderem Interesse sind die zusammenfassenden Erörterungen über die sexuellen Abnormitäten bei Geisteskranken und Psychopathen. Das Buch enthält ein großes Beobachtungsmaterial und ist voller Anregung; *F.* schreibt über alles mit einer natürlichen Offenheit und einer Begeisterung, deren nur er fähig ist. *Karsch* (97) hat sich früher mit Tribadie und Päderastie der Naturvölker literarisch beschäftigt. Er will jetzt das gleiche Thema hinsichtlich der Kulturvölker bearbeiten. Das erste Heft betrifft die Ostasiaten. Die Mitteilungen über die männliche Prostitution und das Theaterwesen in China und Japan sind sehr interessant; trotz großer Verbreitung der Päderastie ist keine Entvölkerung, keine Verweichlichung eingetreten. *Römer* (197) beabsichtigt, eine Serie zwangloser Hefte als Beitrag zur Erkenntnis des Uranismus zu veröffentlichen. Das erste Heft liegt vor. Der Uranismus, der angeboren ist, findet sich bei mindestens 2,2% der Menschen. Er wird an sich wenig vererbt; familiäres Vorkommen ist sehr häufig. In uranischen Familien findet sich keine hohe erbliche Belastung. Die Entwicklung des Uranismus ist jeder anderen Entwicklungsanomalie gleichzustellen, welche zur Bildung von Varietäten führt. Der Uranier hat eine nur sehr geringe Aussicht auf Umwandlung seines geschlechtlichen Lebens. Die ärztliche Therapie sollte sich nicht darum kümmern. Der Fall Berger gab *Ilberg* (88) Veranlassung, aus der Literatur und der ihm zugänglichen gerichtsärztlichen Praxis eine Zahl von Lustmordfällen zusammenzustellen. Der eigentliche Lustmord, bei dem das Motiv der Tötung eine Betätigung des entarteten, geschlechtlichen Triebes war, ist relativ selten. Hiervon ist zu unterscheiden der Fall, daß an einem getöteten Individuum sexuelle Handlungen vorgenommen werden; häufig wird die sexuell mißbrauchte Person getötet zur Steigerung wilder Gier oder zur Beseitigung des einzigen Zeugen.

Die Arbeit von *Stelzner* (217), welche aus der Berliner Psychiatrischen Klinik kommt, nimmt Bezug auf 200 Selbstmordfälle bei weiblichen Individuen. Diese Arbeit verdient schon deshalb besondere Beachtung, weil sie den Beziehungen zwischen den einzelnen Formen von Geistesstörung und Selbstmordneigung nachgeht und weil sie die späteren Schicksale der Individuen zu ermitteln versucht und berücksichtigt. An erster Stelle steht natürlich die Melancholie mit 65 Fällen, dann kommt die psychopathische Konstitution mit 32 Fällen; gerade hier finden sich recht interessante Einzelbeobachtungen. In 31 Fällen ließ sich weder vorher noch nachher eine Psychose nachweisen.

Eine scharfe Grenze zwischen Selbstmord Geistesgesunder und Geisteskranker besteht nicht; und so werden wir auch in vielen Fällen wegen der Geringfügigkeit der Motive, der Hereditätsverhältnisse und einzelner neuropsychopathologischer Züge den Selbstmordversuch oft als Äußerung eines momentanen, psychopathischen Zustandes auffassen. Die Beziehung zur Menstruation verdient Beachtung. Von Interesse sind die Ausführungen über die Art des Selbstmordversuchs, die Bedeutung der Heredität, sowie vor allem die Betrachtungen über Selbstmordversuche in Irrenanstalten; eine sehr eingehende Untersuchung jedes einzelnen Selbstmordversuches wirkt erzieherisch auf Ärzte und Personal. Unter Heranziehung eines großen statistischen Materials erörtert *Krose* (113) die Ursachen der Selbstmordhäufigkeit; er bespricht der Reihenfolge nach den Einfluß der äußeren Natur (Klima, geographische Lage, Tages- und Jahreszeit) und der natürlichen Eigenschaften (Geschlecht, Alter, körperliche und geistige Beschaffenheit, Abstammung) der Selbstmörder auf die Selbstmordhäufigkeit, die individuellen Motive und die Arten des Selbstmordes, sowie die Bedeutung der sozialen Verhältnisse. Die statistischen Angaben über die Zahl der Geisteskrankheiten unter den Selbstmördern sind nur mit Vorsicht zu verwerten, da eine ganz verschiedene Praxis der registrierenden Beamten herrscht; bei körperlichen Leiden als Ursache des Selbstmordes bestehen weniger große Unterschiede, da es sich hier um schärfer umgrenzte und leichter erkennbare Momente handelt. Zwischen der Höhe des Alkoholismus und derjenigen der Selbstmordziffer besteht im allgemeinen kein Parallelismus. Daß anderwärts, z. B. in Frankreich, die Zunahme der Selbstmorde, wenn auch nur zum geringeren Teile, auf die stärkere Verbreitung des Alkoholismus zurückzuführen ist und daß in Norwegen mit dem Branntweinkonsum die Selbstmordfrequenz abgenommen hat, ist nicht zu leugnen. Die Einschaltung von Kurven würde das Verständnis sehr erleichtert haben. *Sigwart* (210) teilt den seltenen Fall mit, daß eine Frau, die bereits fünfmal geboren und viermal abortiert hat, in einer sich eng an den protrahierten Geburtsakt anschließenden, akuten psychischen Störung einen Selbstmord versuch macht. Am dritten Wochenbettage war die Frau geistig wieder normal.

Einen ebenso interessanten wie erschreckenden Einblick in die Psychopathologie des Landstreichers gewährt die klinische Studie von *Wilmanns* (257), der 52 Fälle von an Dementia praecox leidenden Landstreichern verwertet. Er gibt die genauen Biographien der Kranken wieder (siehe vor allem Fall 4!) und erörtert die Herkunft, Lebensführung und Veranlagung der Kranken. Die folgenden Kapitel sind von größtem Interesse und verdienen von allen denen gelesen zu werden, die ihr Beruf mit den Landstreichern zusammenführt; also nicht nur von den Juristen, sondern auch vor allem von den Ärzten der Arbeitsanstalten. Hinsichtlich dieser bemängelt *W.* die untergeordnete Stellung, die der Anstaltsarzt einnimmt, die Oberflächlichkeit des ärztlichen Dienstes und die Mangelhaftigkeit der psychiatrischen Vorbildung. Wer geisteskranke Landstreicher gesehen hat, weiß, daß die Dementia praecox

und hier vor allem die schleichend verlaufende Form so oft die Ursache des sozialen Verfalls ist. Die Vagabondage kann man mit *W.* geradezu als ein Symptom der Dementia praecox auffassen, deren Erkennung in den ersten Stadien daher von großer Bedeutung ist. Mit Recht werden die Ursachen einer so häufigen Verkennung der Dementia praecox eingehend erörtert. Ref. kann die Richtigkeit dieser und anderer Ausführungen an der Hand eines anderen Materials nur bestätigen. *Rotering* (200) gibt eine eingehende kriminal-psychologische Darstellung des Landstreichers der Gegenwart. Als Landstreichen definiert er den Hang zum Wandern und Müßiggang und aus fremden Mitteln fortgesetztes zweck-, arbeits- und geschäftsloses Umherziehen von Ort zu Ort. Unter den Motiven stehen an erster Stelle der Freiheitstrieb, Negation häuslicher, familiärer und gemeindlicher Gebundenheit, die Trägheit und die negative Arbeit. Die Weiber sind nur mit ein Viertel bis ein Fünftel beteiligt. Eine große Rolle in der Genese spielt die Penne.

Schneickert (231) erörtert in seinem Buche die Bedeutung der Handschrift im Zivilrecht, im öffentlichen Verkehr und Strafrecht. Er bespricht kritisch die Vorschläge, die gemacht sind zur Reform der gerichtlichen Schriftexpertise, und gibt dann aus der Erfahrung der Praxis geschöpfte Ratschläge für die Tätigkeit des Sachverständigen. *Windt* und *Kodicek* (258) geben in dem schon vor einiger Zeit erschienenen Buche ein anschauliches Bild der Daktyloskopie und ihrer mannigfachen Verwertung im Erkennungsdienst. Wie selten vollkommen identische Fingerabdruckkarten bei zwei verschiedenen Individuen zu erwarten sind, erhellt aus der angestellten Berechnung; danach trägt unsere Erde erst in Tausenden von Jahrhunderten soviel Menschen als die daktyloskopische Registratur Kombinationen enthält. *Daae* (27) hebt die Vorzüge des argentinischen Systems der Daktyloskopie nach *Vucetich* hervor, dessen Handhabung und Registratur er beschreibt. Es ermöglicht, viel mehr Klassifikationen in einfacher, übersichtlicher Weise zu ordnen, als die andern.

An der Hand der Statistik berechnet *Herz* (70), daß in der relativ kurzen Beobachtungszeit von 1884 bis 1889 die gemeinschaftlich von mehreren verübten Straftaten abnehmen. Insbesondere gilt das von den Delikten gegen das Eigentum. Maßgebend für die Zahl der Vereinigungen im Verbrechertum ist die Lebensmittelpreisbewegung. Die Zahl der gemeinschaftlich begangenen Verbrechen sinkt mit der Zahl der Teilnehmer.

Groß hat sich ein großes Verdienst erworben, als er auf die Bedeutung des Aberglaubens für rechtliche Zwecke hinwies. *Hellwig* (65) setzt in einer großen Abhandlung auseinander, inwiefern der Aberglaube Verbrechen herbeiführen kann, je nachdem, ob eine falsche Ansicht über die Entstehung oder Heilung von Leiden zugrunde liegt, oder das Verlangen nach Zaubermitteln mitspricht. *H.* will durch seinen Hinweis zu weiterer Arbeit anregen und bittet, ihm einschlägiges Material zukommen lassen zu wollen. *Loewenstimm* (135) gibt im wesentlichen eine historische Skizze über die Bedeutung des Aberglaubens unter besonderer Berücksichtigung russischer Verhältnisse im 16. bis 18. Jahrhundert.

Ein Landmann hat seine Frau, seine drei Kinder und sich getötet. *Sommer* (212) gibt eine eingehende Analyse der Tat und ihrer Vorgeschichte und begründet die Annahme, daß eine starke pathologische Beeinflußbarkeit, wie sie sich bei den psychogenen Neurosen findet, die Tat ausgelöst hat. Eine Untersuchung in den Familiengeschichten ergab eine verhältnismäßig große Zahl von Geisteskrankheiten in den Familien, die den gleichen Namen haben wie der Täter. *S.* behandelte in seiner Klinik einen Familienangehörigen, dessen Zustand dem des Täters glich.

Näcke (161) macht auf das Bedenkliche der bekannten *Schüle*schen Forderung hinsichtlich des Eheverbots aufmerksam. Wir wissen zu wenig Bestimmtes über die Erblichkeitsgesetze; die genealogischen Verhältnisse sind nur in wenigen Fällen zu erheben, Heiratsverbote dürften vielfach durch die wilde Ehe umgangen werden. *N.* kommt auf seinen früheren Vorschlag zurück, gewisse Fälle zu kastrieren, und betont nachdrücklich, daß die Natur schon im großen und ganzen selbst für die nötige Assanierung sorgt.

4. Zivilrechtliche Psychiatrie.

Kuhlenbeck (115), der seine Arbeit einen „Beitrag zur Verständigung zwischen Juristen und Psychiatern" nennt, übersetzt darin die Terminologie des Bürgerlichen Gesetzbuches in die Sprache des Psychiaters. Seine Ausführungen, die ein hocherfreuliches Verständnis für die Psychiatrie verraten, decken sich mit den Anschauungen der Mehrzahl der Irrenärzte. Hier sei nur folgendes mitgeteilt: Unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft, § 1569 Bürgerlichen Gesetzbuches, versteht er den Fortfall des Affectus maritalis auf seiten des erkrankten Ehegatten, das heißt der allgemeinen Anteilnahme an den Lebensverhältnissen des andern gesunden Ehegatten. *Levis* (127), dem wir die vor einigen Jahren erschienene treffliche und ausführliche Monographie über die Entmündigung Geisteskranker verdanken, gibt in seiner neuen Arbeit eine eingehende Darstellung des internationalen Entmündigungsrechts. Sie ist vorwiegend von juristischem Interesse. Eine eingehende Besprechung erübrigt sich daher an dieser Stelle, wenn *L.* auch manche den Arzt interessierende und durchaus zutreffende Ausführungen macht (die prinzipiell falsche Verquickung der Frage der Entmündigung mit Polizeiinteressen, die Verpflichtung des zu Entmündigenden zur Duldung der Vornahme des Wahrnehmungsbeweises, das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes).

Eine wegen Geisteskrankheit entmündigte Person weigerte sich erfolgreich, den Anteil an einem großen Lotteriegewinn ihren Mitspielern auszuzahlen, da der geschlossene Gemeinschaftsvertrag nichtig sei. Ob die Entmündigte wirklich geisteskrank war, ist dabei natürlich unerheblich. Andererseits ist aber auch der Vertrag zwischen der Spielerin und der betreffenden Staatslotterie nichtig, wie *Rixen* (196) ausführt, und die letztere beabsichtigt, die Zurückzahlung des Gewinnes zu verlangen, gleichgültig, ob der Vormund mit dem Kaufe des Loses einverstanden war oder nicht. Der Zentralverband des Deutschen Bank- und Bankiergewerbes hatte an den Justizminister eine

Eingabe gerichtet mit der Bitte um Schutz gegen die Gefahren des Abschlusses von Geschäften mit nicht entmündigten und nicht erkannten, sogenannten heimlichen Geisteskranken. *Heß* (71) macht demgegenüber darauf aufmerksam, daß vielfach Kaufleute absichtlich Geschäfte mit Personen abschließen, deren geistige Störung ihnen bekannt ist, vor allem mit solchen Personen, die skrupellos alles unternehmen. Es fragt sich auch, ob ein allgemeines Bedürfnis nach Änderung der Gesetzgebung vorliegt. *H.* spricht sich gegen die von *Leonhard* vorgeschlagene, sinnentsprechende Änderung des § 122 Bürgerlichen Gesetzbuchs aus. Das Recht des Irrtums soll nicht auf Irrsinn ausgedehnt werden. Jeder Geschädigte wird sich geirrt haben, und die heute nötige Vorsicht beim Abschluß von Geschäften wird außer acht gelassen werden. *H.* plädiert vielmehr gleich *Kuhlenbeck* für eine sinngemäße Änderung des § 829; so bleiben die Interessen der Allgemeinheit gewahrt, und es besteht der Anspruch auf Schadenersetzung von einem aufsichtspflichtigen Dritten. *Meyer* (151) gibt in seiner Schrift einen Abdruck der §§ 1773 bis 1921 des Bürgerlichen Gesetzbuches mit Erläuterungen, Anmerkungen und Verweisungen. Auch er ist der unrichtigen Ansicht, daß eine Pflegschaft ausgeschlossen sei, wenn der Schutzbedürftige infolge seines geistigen Gebrechens unfähig ist, alle seine Angelegenheiten zu besorgen. *Sommer* (213) schildert die wechselvolle Geschichte der Entmündigung einer hysterischen Frau, die ganz außerordentlich leichtgläubig, beeinflußbar und kritiklos war. Ein deutlicher Beweis, daß der Lebensführung bei derartigen Begutachtungen ein großes Gewicht zukommt. Durchaus zutreffend betont *Dannemann* (31), daß bei der Wahl des Vormundes von geistesgestörten Personen ärztliche Gesichtspunkte mehr Beachtung verdienen. Der Vormund des Paranoikers muß die Erkrankung seines Mündels und die Notwendigkeit seiner Entmündigung erkennen können. Wer in die Wahnideen eines Kranken einbezogen ist, soll nicht Vormund werden, wie die Ehefrau des an Eifersuchtswahn leidenden Mannes. Auch der Vormund eines Imbezillen muß ein volles Verständnis für die ihm aus seinem Amt erwachsenden, psychiatrischen Aufgaben haben. *D.* geht dazu über, gegebenenfalls in seinem Entmündigungsgutachten die für die Wahl des Vormundes maßgebenden Gesichtspunkte hervorzuheben, und verlangt eine psychiatrische Unterweisung des Vormundes.

Der nicht genannte Verfasser der „Experimental-Ehen" (40) erzählt das Schicksal seiner eigenen Ehe. Er heiratet eine Frau aus den besten und gebildeten Kreisen, und deren Familie verheimlicht ihm in gewissenloser Weise, daß sie als Mädchen bereits zweimal geisteskrank gewesen war. In der Ehe, die sich höchst unglücklich gestaltete, traten neue Anfälle auf. Eine Ehescheidung war nicht möglich nach österreichischem Gesetze, da die Frau die hierzu erforderliche Einwilligung verweigerte. So wurde der Mann ruiniert. Er verlangt für die bevorstehende Reform des veralteten österreichischen Eherechts eine Berücksichtigung solcher Verhältnisse. In Deutschland ist dann die Anfechtung nach § 1333 des Bürgerlichen Gesetzbuches möglich, wenn auch § 1339 Schwierigkeiten und Härten in sich birgt. Weiter

wird verlangt eine strafrechtliche Ahndung des bewußten Verschweigens solcher Tatsachen, die bei vorheriger Kenntnis ausgereicht hätten, die Ehe nicht einzugehen. Ferner wird verlangt eine weniger engherzige Auffassung des ärztlichen Berufsgeheimnisses; *Forel* wird zugestimmt, der die Interessen anderer Gesunder und die der Gesellschaft über die Pflicht des Berufsgeheimnisses setzt. Die in der „Psychiatrischen Wochenschrift“ (187) mitgeteilte Entscheidung zum § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuches verdient Beachtung. Die Frage des Vorhandenseins der geistigen Gemeinschaft ist eine streng individuelle. Deshalb war im vorliegenden Falle zu berücksichtigen, daß die geistige Gemeinschaft dank der geringen Intelligenz und dem grübelnden, träumerischen und schweigsamen Wesen des Mannes immer nur auf niedriger Stufe stand. Die Mitteilung der Ehescheidung erregte ihn sichtlich, und § 1569 konnte daher keine Anwendung finden.

Marx (143) erörtert die vielen Schwierigkeiten, die sich dem Sachverständigen entgegenstellen bei der Beurteilung der Testierfähigkeit. Muß er doch nicht nur die Krankheit überhaupt und ihre Art, sondern auch ihren Grad feststellen. Die Zeugenaussagen stammen von Laien und besagen oft sehr wenig. Bei deren Vernehmung ist die Hinzuziehung eines psychiatrisch Vorgebildeten dringend nötig, allerdings auch recht zeitraubend und wenig begehrenswert, wie *Cramer* in der Diskussion hervorhebt. Form und Inhalt des Testaments erheischen Berücksichtigung. Damit erweist sich auch eine Kenntnis der Persönlichkeit des Erblassers als notwendig. *M.* befürwortet die Hinzuziehung eines zweiten Sachverständigen. Einige Gutachten sind der lesenswerten Arbeit beigegeben.

5. Irrenrecht.

In Form einer Broschüre werden die beiden Serien von Aufsätzen veröffentlicht, die *Wyler* (262) über die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge und die rechtliche Hauptform der Irrenfürsorge verfaßt hat. Sie sind in dem vorigen Jahrgange der Psychiatrischen Wochenschrift erschienen und im früheren Literaturbericht bereits besprochen. Unter Berücksichtigung der einschlägigen Gesetze und Bestimmungen erörtert *Wyler* (263) die staatliche Aufsicht über das Irrenwesen, berücksichtigt die verschiedenen hierfür in Betracht kommenden Behörden und die Art und Weise, wie sie ihrer Aufsichtspflicht genügen. Ein recht buntes Gemisch von Bestimmungen! *Moeli* (155) macht die Bestimmungen, die die Entlassung Geisteskranker aus Irrenanstalten, sowohl öffentlichen wie privaten, regeln, zum Gegenstand einer besonderen und beachtenswerten Abhandlung. Er bespricht einmal die allgemeinen Bestimmungen, dann solche, die sich auf die Mitwirkung der gesetzlichen Vertreter beziehen, und schließlich solche, die eine besondere Rücksichtnahme auf die öffentliche Sicherheit und Ordnung erheischen. Verfasser begründet die Berechtigung der Bestimmung, nach der die Ablehnung eines Antrages auf Entmündigung oder deren rechtskräftige Aufhebung die Entlassung nach sich zieht. Diese Bestimmung erleidet aber insofern eine Ausnahme, als

der nochmalige nachdrückliche Nachweis der Anstaltspflegebedürftigkeit oder behördlicher Einspruch wegen besonderer Gefährdung die weitere Anstaltsverpflegung zulassen. Die Bedenken, die Referent gegen die zitierte Bestimmung hegt, werden durch die Zusatzbestimmung zum Teil aufgehoben, die sich freilich nicht ausdrücklich in den Reglements erwähnt findet. Die Notwendigkeit ihrer Anwendung ergibt sich freilich aus anderen Bestimmungen. Referent vermag sich aber trotz der Ausführungen *M*s. nicht von der prinzipiellen Richtigkeit der gedachten Bestimmung zu überzeugen. Sehr berechtigt ist der Wunsch des Verfassers, daß das Institut der Pflegschaft möglichst viel Anwendung findet; ebenso wird man ihm darin beipflichten können, wenn er eine Vermeidung gefährlicher Handlungen seitens Kranker auch im Nutzen der zahlreichen geordneten Kranken zur Bekämpfung der Vorurteile gegen Psychosen wünscht. Statt ein besonderes umständliches oder gar gerichtliches Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Kranker vorzusehen, ist es berechtigter, solche von harmlosen Kranken zu trennen. *Spaet* (215) berücksichtigt besonders die für Bayern gültigen gesetzlichen Bestimmungen über die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker. Er sieht in ihnen einen hinreichenden Schutz der Bevölkerung gegen Schädigungen durch Geistesgestörte, vor allem auch einen ausreichenden Schutz der persönlichen Freiheit der Kranken selbst. Nachdem unlängst *Schwabe* im Preußischen Medizinalbeamten-Verein die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten besprochen hatte, ist jetzt im Deutschen Medizinalbeamten-Verein ein Referat von *Stolper* (221) und *Weber* (250) über das gleiche Thema erstattet worden. *W.* berücksichtigt die Forderungen, die vom irrenärztlichen Standpunkte aus im Interesse der nicht in Anstalten untergebrachten Kranken aufgestellt werden, während *S.* vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus ihre praktische Brauchbarkeit und Durchführbarkeit erörtert. Beide Referenten erklären sich gegen ein „Reichs-Irrengesetz.“ *Ebhardt-Manke* (38) verlangt eine bessere Regelung des Meldewesens hinsichtlich der nicht in Anstalten lebenden Geisteskranken, und ihre wenigstens einmal im Jahre vorzunehmende Prüfung. In der Diskussion wurde hervorgehoben, daß die Beaufsichtigung nicht auf alle Kranken auszudehnen, sondern von öffentlich-rechtlichen Interessen abhängig zu machen sei. *Weber* (251) benutzt den durch die Presse sattsam bekannten Fall des Hauptmanns von Köpenick, um darauf hinzuweisen, daß der aus der Anstalt entlassene Geisteskranke, auch wenn er ganz harmlos ist, viel schwieriger eine Stelle im Leben erringen kann als der entlassene Verbrecher — dank dem Mißtrauen des Publikums. Aus der Anstalt entlassene Geisteskranke sind oft mehr unter Polizeiaufsicht gestellt als Verbrecher.

Die Verfasserin der Broschüre „17 Tage im Irrenhause“, Frau Hirschberg, hatte verschiedene Ärzte und andere wegen Freiheitsberaubung verklagt. Das Oberlandesgericht entschied, daß Frau H. bei der Aufnahme in die Anstalt nicht krank gewesen sei, daß aber die Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen des § 239 des Strafgesetzbuchs ergeben habe.

Kürz (114 a) unterzieht die Entscheidung des Oberlandesgerichts einer scharfen und berechtigten Kritik, insofern sie sich mit der Beurteilung des psychischen Befindens abgibt. Ein Sachverständiger wurde nicht hinzugezogen; die Juristen allein entschieden an der Hand des nicht einmal vollständigen Materials die Frage. Und dabei mußte doch zugegeben werden, wie *Hoche* in der Diskussion hervorhob, daß der Eindruck, den Frau H. machte, „dem einer seelischen Störung nicht unähnlich war". Solche Vorkommnisse können natürlich der unberechtigten bekannten Agitation nur zugute kommen.

6. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung (traumatische Psychosen).

Köhler (104) behandelt in vier Vorlesungen in klarer und instruktiver Art die Stellung des Arztes zur staatlichen Unfallversicherung; besonders sei hingewiesen auf seine Erörterung über den Begriff des Betriebsunfalles, über Anlage, Form und Zweck des Gutachtens, über die Erwerbsfähigkeit im Krankenversicherungs- und Unfallversicherungs-Gesetze sowie über Simulation. Beispiele oder vielmehr Gegenbeispiele von Gutachten zeigen die häufig gemachten Fehler. Referent möchte besonders hervorheben, daß *K.* an vielen Stellen das sonst so oft vernachlässigte psychische Moment ausdrücklich würdigt. *Junius* (95) hat übersichtlich zusammengestellt, was von den Unfallversicherungs-Gesetzen und den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes von Wichtigkeit ist. Freilich hat er dem Augenarzt in erster Linie dienen wollen, aber er bringt überwiegend grundsätzlich Wichtiges, daß es berechtigt ist, auch hier darauf zu verweisen.

Wir verdanken eine kurze und anschauliche Schilderung des heutigen Standes der Lehre von den psychischen Störungen nach Kopfverletzungen *Kölpin* (105). Ausführlich bespricht er die Dementia posttraumatica *Koeppens*. Eine echte traumatische Paralyse gibt es nicht. Die psychischen Störnngen bei traumatischer Epilepsie gleichen durchaus jenen der genuinen Epilepsie. *Merzbacher* (150) geht einen eigenen Weg. Er benutzt die Akten aller Unfälle einer Berufsgenossenschaft während 13 Jahre. Dabei findet er, daß die Zahl der Unfälle nicht nur absolut, sondern auch relativ zugenommen hat. Die Häufigkeit der traumatischen Neurose wird sehr überschätzt; sie findet sich nur bei 0,9 % der Unfälle. Schwere Unfälle, die den ganzen Organismus körperlich und geistig schädigen, führen selten zu psychischen Symptomen. Die meisten Neurosen finden sich nach schweren Kopfverletzungen. *Von Leupoldt* (125) gibt eine Übersicht der an der Gießener Klinik üblichen Methoden zur objektiven Darstellung psycho-pathologischer Zustände und schildert ihre Anwendbarkeit an einzelnen Fällen. *F. Schultze* (236) berichtet über 1200 Fälle, die er seit dem Jahre 1889 beobachtet hat. Am häufigsten fand er Neurasthenie, seltener Hysterie, am seltensten Hypochondrie; viel häufiger sind Mischformen. Die kombinierten Neurosen boten die schlechteste Prognose; Neurastheniker besserten sich am häufigsten. Nur etwa 15 % der für eine Prognose zu benutzenden Fälle erfuhren eine Verschlimmerung. Nicht krankhafte Aggra-

vation findet sich in mehr als der Hälfte. In der sich anschließenden Diskussion wird die Bedeutung des verschiedenartigen Beobachtungsmaterials der einzelnen Autoren hervorgehoben; die relativ geringe Beteiligung der psychischen Sphäre erklärt die gute Prognose. An der Hand des in Göttingen während 5 Jahre zur Beobachtung gelangten Materials erstattet *Weber* (252) für den 4. Internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin ein übersichtliches Referat über die mannigfachen Beziehungen zwischen Unfall und einer akuten Verschlimmerung von Geistesstörungen. *Specht* (216) hat den Verlauf geistiger und körperlicher Arbeitsverrichtung bei 10 Individuen untersucht und konnte zwei verschiedene Typen feststellen. Das eine Mal sinkt die Arbeitsleistung sehr schnell dank der krankhaften Steigerung psychologischer Faktoren, vor allem der Ermüdung; das andere Mal ist die Arbeitsleistung hochgradig herabgesetzt und bleibt dauernd auf dieser Höhe. Hier liegt eine psychogene Störung vor, die in das Gebiet der Willensvorgänge oder allgemeiner des Gefühls und Willens gehört. *S.* ist geneigt, die erste Gruppe der Hysterie, die zweite der Nervosität im Sinne *Kraepelins* zuzurechnen. *Koepper* (107) macht zutreffend auf die große Bedeutung des Tabakmißbrauches in der Beurteilung der Unfallverletzten aufmerksam; eine völlige Abstinenz führt dann auffällig schnell Besserung herbei. Verliert der Verletzte den Rentenanspruch, wenn er trotz ärztlichen Abratens weiter raucht? Leider schneidet Verfasser diese Frage nur an. Daß die Neurosen dieselben sind, gleichgültig, ob sie durch ein Trauma (mag es ein körperliches oder geistiges sein) bedingt sind oder nicht, hebt *Steyerthal* (219) scharf hervor. Er sieht aber in der Neurasthenie und Hysterie nur quantitative Unterschiede der nervösen Ermüdung bzw. Erschöpfung: entweder ist es eine einfache reizbare Nervenschwäche (Neurasthenie) oder objektiv nachweisbare, zentrale Ausfallserscheinung funktioneller Natur (Hysterie). Meist handelt es sich um eine Mischform. Der Prädisposition mißt er keine Bedeutung bei; kein Stamm, kein Alter, keine Rasse, kein Beruf ist sicher vor nervöser Erschöpfung. Die Erscheinungen sind die gleichen, auch wenn keine Rentenansprüche gestellt werden. Ausgehend von drei Unfällen, die bedingt waren durch den elektrischen Strom bzw. Blitzschlag, betont *Quaet-Faslem* (189), daß es zum Zustandekommen der traumatischen Hysterie einer nervösen Veranlagung bedarf. Nervös Disponierte passen daher nicht für bestimmte Berufsarten und sollten durch eine intensive ärztliche Kontrolle von ihnen ferngehalten werden. Bei den therapeutisch schwer zu beeinflussenden traumatischen Hysterien finden sich oft nervöse Herzaffektionen. Bei einem bisher ganz gesunden 17jährigen Menschen trat direkt nach einer Gasvergiftung (unvorsichtiges Anheizen des Generators) eine Manie auf, die *Petersen-Borstel* (177) mit jener Vergiftung in ursächlichen Zusammenhang bringt. Im Falle *Tetzners* (239) traten im Anschluß an eine schwere Erschütterung des zentralen Nervensystems nervöse Erscheinungen auf. Fünf Jahre später findet sich Basedow, der früher bei dem ärztlich stets kontrollierten Unfallverletzten nicht nachzuweisen war. *T.* nimmt an, daß sich auf der durch den Unfall erworbenen nervösen Disposition der Basedow rascher und intensiver entwickelt hat.

Will man die Rentensucht vom psychologischen Standpunkte aufhellen, so findet man als ursächlichen Faktor die Existenzunsicherheit der Lohnarbeiter und die Tatsache des Anspruchs an sich. Außerdem verdienen noch Beachtung, wie *Hellpach* (64) betont, das Verhältnis des Lohnarbeiters zu seiner Arbeit und zu dem im Beruf erlangten und möglichen Maß von Arbeitsfreude. *H.* befürwortet eine statistische Untersuchung der Frage, ob die Häufigkeit und Schwere der neurotischen Erkrankungen sich bei den Individuen häufiger einstellt, deren Arbeit wenig oder fast gar keine Arbeitsfreude schafft. *Gaupp* (52) bespricht die zahlreichen Ursachen, die eine Zunahme und schlechte Prognose der traumatischen Neurosen bedingen, vor allem den sich mehrenden Alkoholismus, das vermeintliche Recht des Arbeiters auf Rente nach Unfällen und die für den Arbeiter schwer verständlichen Gesetzesbestimmungen, die ihn nach erstmaliger Festsetzung der Rente nicht zur Ruhe gelangen lassen. Er hat durchaus recht, wenn er das Fehlen einer Bestimmung über den Arbeitsnachweis für Unfallverletzte bemängelt. Der Arzt soll nicht auf häufige Kontrolluntersuchung drängen. Die Behandlung und Fürsorge der Verletzten soll von Anfang an den Berufsgenossenschaften zufallen. Vor allem soll eine einmalige Kapitalabfindung in größerem Umfange stattfinden, wie er ausführlich darlegt. *Döllken* (35) bespricht das gleiche Thema. Soziale Ursachen sind maßgebend, gegen die medizinische Mittel wenig vermögen. Er macht ähnliche Vorschläge wie *Gaupp*. Die Behandlung soll in einer Hand verbleiben. Er befürwortet die Einschränkung der Vernehmungen und Untersuchungen, eine Abkürzung des Prozeßverfahrens und Abschaffung der Kostenfreiheit der Berufungen sowie des Vertrauensmannes. Der Betrieb soll den Verletzten wieder einstellen, wie denn überhaupt Arbeitsnachweise von den Berufsgenossenschaften eingerichtet werden sollen. Vor allem stimmt er auch darin mit *Gaupp* überein, daß er die Erlangung einer Kapitalsabfindung erleichtert und erweitert wissen will. Von den vielen auf der Stuttgarter Naturforscherversammlung gemachten Vorschlägen zur Verhütung der Zunahme der Unfallneurosen gefällt *Hackländer* (59) am besten der von *Bruns*. Danach soll die wieder geleistete Arbeit dem Unfallverletzten bezahlt werden, um ihn anzufeuern und seine Arbeitskraft weiter zu entwickeln. Die Berufsgenossenschaften müssen den Arbeitgeber schadlos halten. Der Arbeitgeber soll durch den Arzt aufgeklärt werden und an der psychischen Erziehung des Unfallverletzten helfen. Die von dem Herausgeber der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung, *Leppmann* (124), veranstaltete Umfrage ergibt, daß eine jahrelang fortgesetzte intensive Kur bei Unfallneurosen einstimmig abgelehnt wird. Es bedarf ihrer in keinem Falle zur Hebung der Erwerbsfähigkeit, ebensowenig zur Erleichterung der Unfallfolgen. Im Gegenteil, sie kann Schaden stiften durch Befestigung hypochondrischer Vorstellungen. Daher Vorsicht mit ihrer ärztlichen Empfehlung! Aber zur Erleichterung der Beschwerden und Erhaltung der Besserungsmöglichkeit ist irgendwelche ärztliche Fürsorge und Überwachung doch zu empfehlen.

7. Psychiatrie und Militär.

Pactet (172) bespricht das Vorkommen von Geisteskrankheiten bei den kriminellen Soldaten Frankreichs. In den afrikanischen Bataillonen sind Geisteskankheiten zweimal so häufig wie bei der Armee, in den Militärstrafanstalten viermal und bei den „Compagnies de discipline“ sogar achtmal so häufig. In Afrika hat *P.* etwa 20 Militärgefangene untersucht und fand darunter sieben Geisteskranke, fünfmal Schwachsinn, einmal Epilepsie und einmal Verfolgungswahn. Er berichtet weiter von einem an Dementia praecox leidenden Soldaten, der bei der Truppe in 4 Monaten zu nicht weniger als 200 Tagen Gefängnis verurteilt worden ist. *P.* stellt eine Reihe von Forderungen auf, die eine Einstellung geisteskranker Soldaten verhüten und deren möglichst schnelle Entfernung aus der Truppe ermöglichen sollen. Vor allem bedarf es einer größeren Berücksichtigung der Psychiatrie in den militärischen Strafanstalten.

Meyer (154) sieht die Schuld der Nervosität in der Armee vor allem in dem reichlichen Alkoholgenuß.

Mit Recht widerspricht *Stieda* (220) der Ansicht von *Schaikewicz* (229), der in der von ihm Amentia depressiva stuporosa genannten Erkrankung eine besondere Militärpsychose sieht. Eine solche gibt es nicht. Jene Erkrankung läßt sich unschwer bei der Dementia praecox oder bei dem manisch-depressiven Irresein unterbringen. Im Anschluß an die Schlacht, aber auch bedingt durch Überanstrengungen und Entbehrungen traten hysterische Erregungs- und Verwirrtheitszustände auf. Der Ausbruch der progressiven Paralyse scheint im Kriege beschleunigt zu werden. Bei Gelegenheit einer Typhusepidemie sah er mehrfach psychische Störungen, die am meisten an die *Korssakow*schen Psychosen erinnern. *Soukhanoff* (214) bespricht die akuten Formen der Depression, bei denen er vier verschiedene Gruppen unterscheidet.

Mayer (148) befürwortet eine baldige Revision des gesamten Militärstrafgesetzes, da diese besser vorbereitet ist als die Reform des allgemeinen Strafrechts, da sie viel Erfolg verspricht und der Durchführung der gesamten Reformbewegung auf dem Gebiete des Strafrechts sehr nützen wird. Für das Militärstrafrecht fallen die Schwierigkeiten weg, die die „Jugendlichen“, die „vermindert Zurechnungsfähigen“ und das „gewerbs- und gewohnheitsmäßige Verbrechertum“ mit sich bringen. Das Interesse an der Disziplin ist der maßgebende Grundsatz für die Reaktion; schädliche Elemente können ausgemerzt werden.

Mattauschek (145) berichtet, daß von den dem Ersten Garnisonspital in Wien zugeführten Geistesstörungen 14,32 % alkoholistischen Ursprungs sind; von 200 in 10 Jahren erstatteten forensisch-psychiatrischen Referaten des Militär-Sanitätskomitees betrafen 17,5 % Alkoholdelikte. *M.* erörtert eingehend die quantitative und qualitative Intoleranz gegen Alkohol und hebt die für die Praxis wichtigen Punkte hervor. Besondere Beachtung verdient die hier und da in Österreich bestehende Vorschrift, eingelieferte trunkene Militärpersonen unverzüglich von ärztlicher Seite zu untersuchen. Der Prüfung der Pupillen wird dabei eine besondere Bedeutung beigemessen.

Die Untersuchung von *Podestà* (180) hat ergeben, daß die Häufigkeit der Selbstmordneigung bei der Marine um fast die Hälfte geringer ist als bei der Armee, wenn sie auch die der gleichaltrigen männlichen Zivilbevölkerung etwas übertrifft. Bei der Marine und bei der Armee sinkt die Selbstmordneigung langsam. Interessant ist die Besprechung der Ursachen für die Differenz der Selbstmordneigung bei der Armee und bei der Marine. Bei dieser tritt im Gegensatz zu der Armee die Selbstmordneigung besonders in den späteren Dienstjahren hervor und befällt mehr Unteroffiziere als Gemeine. Psychosen sind in der großen Mehrzahl die Ursachen des Selbstmordes. Die den Selbstmord auslösende Psychose entwickelt sich bei der Marine später als bei der Armee. Der Marinedienst ist von Einfluß nur bei neuropathischer Disposition oder einer Veranlagung zur Neurasthenie, Epilepsie oder Hysterie.

Die bekannte Arbeit der Medizinalabteilung des Königl. Preußischen Kriegsministeriums über die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen hat die Schrift *Lobedanks* (133) gezeitigt, welche das Verständnis der Offiziere für Psychosen bei ihren Untergebenen erschließen soll. *L.* empfiehlt eine besondere Beachtung der Mannschaften mit vielen Vorstrafen, häufigem Berufswechsel und abenteuerlichem Vorleben. Er schildert des genaueren den Schwachsinn, die Epilepsie sowie ihre Beziehung zum Militärdienst. Die eben zitierte Arbeit der Medizinalabteilung bringt ein Schema für Intelligenzprüfungen. Ref. und *Rühs* (235) hat dieses systematisch bei je 100 Rekruten und alten Mannschaften der Greifswalder Garnison angewendet. Das Schema hat sich im allgemeinen bewährt. Bei seiner Anwendung wurden zwei Schwachsinnige als solche erkannt. Die Vergleichung der Resultate bei Rekruten und alten Mannschaften ergab eine Zunahme des Wissens bei den alten Mannschaften, eine Besserung der Fähigkeit, zu beobachten und aufzumerken, Hebung der Urteilsfähigkeit und ein deutliches Bestreben, selbst mit den vorhandenen schwachen Kräften die Aufgabe zu lösen. *Rodenwaldt* (197a), der die interessanten Untersuchungen über das geistige Inventar bei Gesunden gemacht, ist an einem andern Ort an der Hand eines anderen Materials zu einem ganz ähnlichen Resultat gekommen.

---

3. **Allgemeine Psychiatrie.** Ref.: O. Snell-Lüneburg.

1. *Albrand, W.,* Das psychische Verhalten von Geisteskranken im Sterben. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 299.
2. *Albrecht,* Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 H. 6 S. 848.
3. *Allendorf, F.,* Untersuchungen und Erfahrungen mit Neuronal. Inauguraldissertation. Rostock. 28 S.

4. *Alsberg, M.*, Die Grundlagen des Gedächtnisses, der Vererbung und der Instinkte. Heft 2 der Grenzfragen der Literatur und Medizin, herausgeg. v. Rahmer. München, E. Reinhardt. 38 S. M. 1.—.
5. *Amberg, E.*, Ear affections and mental disturbances. Journ. of nerv. and mental disease, Sept. (Seite 78.)
6. *Anton, G.*, Über den Wiederersatz der Funktion bei Erkrankungen des Gehirnes. Vortrag bei Übernahme der Klinik und Lehrkanzel. Berlin, Karger. 32 S. M. 0.80.
7. *Axisa, E.*, Psychose im Anschluß an Maltafieber. Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 8. (S. 79.)
8. *Bauke,* Über örtliche und operative Behandlung bei Psychoneurosen. Deutsche Medizinalzeitung, Nr. 45.
9. *Bechterew, W. v.*, Die Persönlichkeit und die Bedingungen ihrer Entwicklung und Gesundheit. Heft 45 der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausg. v. Loewenfeld. Wiesbaden, Bergmann. 38 S. M. 1.—. (S. 76.)
10. *Behr, Albert,* Über den Glauben an die Besessenheit. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 5.
11. *Benedikt, Moritz,* Aus meinem Leben. Erinnerungen und Erörterungen. Wien, Carl Konegen. 419 S. (S. 75.)
12. *Bessmer, J.*, Die Grundlagen der Seelenstörungen. Freiburg, Herder. M. 2.80.
13. *Bleulcr,* Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, Marhold. 144 S. M. 3.—.
14. *Bleuler, E.*, Unbewußte Gemeinheiten. München, E. Reinhardt. 36 S. M. 0.50 (S. 80.)
15. *Bloch, Ernst,* Über willkürliche Erweiterung der Pupillen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 44. (S. 85.)
16. *Blondel, Ch.*, Les Auto-Mutilateurs. Paris, Rousset. 3 Fr.
17. *Bolte, R.*, Uneheliche Herkunft und Degeneration. Archiv f. Rassen- und Gesellschafts-Biologie, 3. Jahrg. 2. Heft S. 227. (S. 78.)
18. *Braun, Th.*, Die religiöse Wahnbildung. Tübingen, Mohr (Siebeck). 74 S. M. 1.—. (S. 82.)
19. *Braun,* Über Spiegelschrift. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen, 31. H. 1. (S. 81.)

20. *Bresler,* Über Neuronal. Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschr., Nr. 17 und 18.
21. *Brower, R.,* Chorea insaniens. The alienist and neurologist. St. Louis, February 1905.
22. *Bruce, Lewis C.,* Studies in clinical Psychiatry. London, Macmillan & Co., 1906.
23. *Bruce, C. L.,* Studies in clinical psychiatry. London, Macmillan & Co. 240 S.
24. *Bruce, L. C.,* The clinical significance of indoxyl in the urine. Journ. of mental science, July. S. 501. (S. 83.)
25. *Bruce, L. C.,* A serum reaction occurring in persons suffering from infective conditions. Journ. of mental science, July. S. 514. (S. 84.)
26. *Brügelmann, W.,* Die Behandlung von Kranken durch Suggestion und die wahre wissenschaftliche Bedeutung derselben. Leipzig, G. Thieme. 44 S. M. 1.20.
27. *Brugia, Raff.,* J problemi della degenerazione. Bologna, N. Zanichelli. 430 Seiten, 12 Tafeln und 24 Figuren im Text. (S. 78.)
28. *Bumke,* Was sind Zwangsvorgänge? Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, VI. 8. Halle, Marhold. 45 S. M. 1.20. (S. 82.)
29. *Bumke,* Die psychischen Zwangserscheinungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 138.
30. *Buschan, Georg,* Gehirn und Kultur. Wiesbaden, Bergmann. Heft 44 der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 74 S. M. 1.60. (S. 76.)
31. *Cerletti, U.,* Effetti delle iniezioni di succo d' ipofisi sull' accrescimento somatico. Rendiconti della R. Accad. dei Lincei, vol. 15. (S. 84.)
32. *Cimbal, W.,* Chemische, psysikalische und morphologische Ergebnisse an 240 Spinalpunktionen und deren diagnostische und therapeutische Verwertung. Therapie der Gegenwart, November (S. 84.)
33. *Cohn, Toby,* Was wissen wir von spezifischen Heilwirkungen der Elektrotherapie bei inneren und Nervenkrankheiten? Versamml. deutscher Naturf. und Ärzte, Stuttgart. Autoreferat: Neurolog. Zentralbl., Nr. 19 S. 919. (S. 86.)

34. *Cole, J,* Sydney, On some relations between aphasia and mental disease. Journal of mental science, January 1906.
35. *Convers, A.,* Psychoses et neurasthénies en rapport avec les maladies du nez et du rhino-pharynx. Lyon, P. Legendre. 90 S.
36. *Cramer, A.,* Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung. Für Studierende und Ärzte. Jena, G. Fischer. 424 S. M. 8.—. (S. 75.)
37. *Deny, G. et Camus, P.,* Etude nosologique du délire des négations. Ann. méd.-psychol., Nr. 3, pag. 423. (S. 82.)
38. *Determann, H.,* Physikalische Therapie der Erkrankungen des Zentralnervensystems inklusive der allgemeinen Neurosen. Heft 18 der „Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen“, herausgeg. v. Marcuse und Strasser. Stuttgart, F. Enke. 126 S. M. 3.—.
39. *Dexler, H.,* Das Scheuen der Pferde, Stampede of horses; Tierpaniken. Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen der Tiere. Archiv f. Psychiatr., Bd. 42 Heft 1. S. 194. (S. 85.)
40. *Dornblüth, O.,* Gesunde Nerven. Ärztliche Belehrung für Nervenschwache und Nervenkranke. Würzburg, A. Stuber. 3. Aufl. 162 S. M. 2.50. (S. 76.)
41. *Dreyfus, G.,* Erfahrungen mit Neuronal bei Psychosen. Therapeut. Monatshefte, Mai. (S. 87.)
42. *Dreyfus, G.,* Die Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten und deren Ursachen. Archiv f. Psychiatrie, Heft 2. S. 519. (S. 82.)
43. *Dreyfus, G.,* Über traumatische Pupillenstarre. Ein Beitrag zur Lehre von den Beziehungen des obersten Halsmarkes zur reflektorischen Pupillenstarre. Münch. med. Wochenschr., Nr. 8. S. 1355. (S. 84.)
44. *Dreyfus, G.,* Über Verkennung von geistigen Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 28 S. 355. (S. 76.)
45. *Dupouy, R.,* Délire conjugal avec hallucinations des deux sujets. Revue de psychiatrie, Nr. 11 pag. 461. (S. 79.)
46. *Edinger, L.,* Über den heutigen Stand der Therapie der Nervenkrankheiten. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, Nr. 8.

47. *Engelen,* Hydrotherapie mit besonderer Berücksichtigung der Nervenkrankheiten. Wiener klin. Rundschau, Nr. 14—19. (S. 86.)
48. *Finkh, J.,* Über Hitzepsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 6 S. 804.
49. *Fischer, W.,* Aberglaube aller Zeiten. 3 Bände. Stuttgart, Strecker & Schröder. 101, 95 u. 103 S. M. 3.—. (S. 74.)
50. *Förster,* Zur Kasuistik und Deutung des akinetischen Symptomenkomplexes. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 344.
51. *Fonck, Fr.,* Radium und Nervensystem. Leipzig, G. Thieme. 29 S. M. —.60. (S. 76.)
52. *Forli,* Sulla Polineurite Reumatica dei Nervi Cranici. Revist. sperimentale di Freniatria. 32. 1—2. (S. 79.)
53. *v. Frankl-Hochwart, L.,* Der Menièresche Symptomenkomplex. 2. Aufl. Wien, A. Hölder. 101 S. M. 3.—. (S. 83.)
54. *Franz, Shepherd Ivory,* The time of some mental processes in the retardation and excitement of insanity. From the laboratory of pathological psychiology of the Mclean hospital.
55. *Gaupp, R.,* Wege und Ziele psychiatrischer Forschung. Antrittsvorlesung. Tübingen, Laupp. 28 S. M. —.60. (S. 75.)
56. *Gaupp,* Die klinischen Besonderheiten des psychiatrischen Großstadtmaterials. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63, S. 565.
57. *Gaupp, R.,* Klinische Untersuchungen über die Ursachen und Motive des Selbstmordes. 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Stuttgart. Autoreferat: Neurolog. Centralbl., Nr. 19 S. 924. (S. 77.)
58. *Gerlach,* Versuche mit Neuronal bei Geisteskranken. Münch. Med. Wochenschr., Nr. 21. (S. 87.)
59. *Goett,* Blutuntersuchung bei Nervösen. Münch. Med. Wochenschr., Nr. 47.
60. *Grasset, J.,* L'unité de la neurobiologie humaine. Montpellier medical., tom. 23. (S. 76.)
61. *Guttmann, W.,* Zur Untersuchungstechnik des Patellarreflexes. Veröffentl. aus d. Gebiete des. Milit.-Sanitätsw., H. 35. (S. 85.)

62. *Haberkant*, Osteomalacie und Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 148.
63. *Hartmann, H.*, Beitrag zur Lehre vom Ganserschen Dämmerzustand und Ganserschen Symptom. Inaugural-Dissertation. Greifswald. 32 S. (S. 81.)
64. *Heilbronner*, Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der aphasischen Störungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 547.
65. *Heilpach*, Die pathographische Methode. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 156.
66. *Heinicke*, Über Versuche mit Neuronal. Medizinische Klinik, Nr. 22. (S. 87.)
67. *Hennig, R.*, Der moderne Spuk- und Geisterglaube. Eine Kritik und Erklärung der spiritistischen Phänomene. II. Teil des Werkes „Wunder und Wissenschaft". Mit einem Vorwort von M. Dessoir. Hamburg, Guttenberg-Verlag E. Schultze. 367 S. M. 4.—. (S. 76.)
68. *Herse*, Über die Behandlung von Entzündungen und Eiterungen bei Geisteskranken nach der Bierschen Stauungsmethode. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 5 S. 751.
69. *Hitchcock*, Syphilis of the nervous system. Americ. journ. of dermatology, Bd. 10 Nr. 8.
70. *Hoche*, Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 559.
71. *Hohnbaum, A.*, Über Vibrations-Massage. Hannover u. Leipzig, Hahnsche Buchhdlg. 93 S. M. 2.50. (S. 86.)
72. *Hudovernig*, Die Verwendbarkeit des Methylatropinum bromatum bei Erkrankung des Nervensystems. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 42. (S. 87.)
73. *Hudovernig*, Die Rolle der Organotherapie in der Behandlung der Geistes- und Nervenkrankheiten. Pester medizinisch-chirurgische Presse, Nr. 24—25. (S. 86.)
74. *Hübner, A. H.*, Über die psychische und sensible Reaktion der Pupillen. Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatr., Nr. 203. (S. 85.)
75. *Jendrassik, E.*, Über die Entstehung der Halluzination und des Wahnes. Neurolog. Centralbl.

76. *Kassowitz, M.*, Nerven und Seele. Allgemeine Biologie, 4. Band. Wien, M. Perles. 534 S. M. 12.—.
77. *Knapp, John Rudolph*, Observations on some recent surgical cases in the Manhattan state Hospital, East. American medico-psychological association, At the sixty-first annual meeting, April 18 to 21, 1905.
79. *Kölpin, O.*, Die psychischen Störungen nach Kopftraumen. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 418. Leipzig, Breitkopf & Härtel. (S. 78.)
80. *Kohnstamm*, Hohe Hämoglobinzahlen als Degenerationszeichen? Allg. Ztschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 162.
81. *Kraepelin, E.*, Über Sprachstörungen im Traume. Leipzig, W. Engelmann. M. 3.—.
82. *Kreuser*, Einige Erfahrungen bei Bett- und Dauerbadbehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 153.
83. *Kurella*, Über nervöse und psychische Störungen durch elektrische Einwirkungen am Telephon. Allg. Ztschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 168.
84. *Laehr, M.*, Beschäftigungstherapie für Nervenkranke. Wiener Klinische Wochenschr., Nr. 52. (S. 86.)
85. *Lane, Edw. B.*, The training school in the insane hospital. Amer. journ. of insanity, Bd. 63, Nr. 2.
86. *Lauscher, E.*, Zur Statistik und Pathogenese des Quinquaudschen Zeichens. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 34 u. 35. (S. 85.)
87. *Lepinsky, M.*, Über Psychosen nach Augenoperationen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 5 S. 665.
88. *v. Leupoldt, Curt*, Die Untersuchung von Unfallnervenkranken mit psychophysischen Methoden. Sommers Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten, Bd. 1 Heft 2 S. 130.
89. *Liefmann und Nieter*, Über Ruhr bei Irren. Münch. med. Wochenschr., Nr. 43. (S. 77.)
90. *Lilienstein*, Beitrag zur Lehre vom Aufbrauch durch Hyperfunktion. Münch. med. Wochenschr., Nr. 16. (S. 79.)
91. *Löwenfeld, L.*, Sexualleben und Nervenleiden. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs. Nebst einem Anhang über Prophylaxe und Behandlung der sexuellen Neurasthenie. 4. Aufl. Wiesbaden, Bergmann. 404 S. M. 7.—.

92. *Löwy, M.*, Über die Schmerzreaktion der Pupille als ein differential-diagnostisches Zeichen zwischen organischer und psychogener Druckschmerzhaftigkeit. Neurolog. Centralbl., Nr. 20 S. 947. (S. 85.)

93. *Lomer, G.*, Beobachtungen über farbiges Hören (auditio colorata). Archiv für Psychiatrie, Band 40 Heft 2. S. 593. (S. 83.)

94. *Marchand*, Contribution à l'étude des lésions cérébrales chez les aliénés. Revue de psychiatrie, Nr. 4. (S. 83.)

95. *Marcinowski, J.*, Im Kampf um gesunde Nerven. Ein Wegweiser zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände. Für Ärzte und Laien. 2. Aufl. Berlin, O. Salle. 148 S. M. 2.—. (S. 86.)

96. *Marguliés*, Über graphisch-kinästhetische Halluzinationen. Neurolog. Centralbl. Nr. 14, S. 651. (S. 83.)

97. *Marie*, Les aliénés et la tuberculose. Revue de médecine Nr. 7 pag. 543. (S. 87.)

98. *Medeiros e Albuquerque*, Que é una emoção? Archivos brasileiros de psychiatria e neurologia, Bd. 1 Nr. 3 u. 4. (S. 80.)

99. *Meyer, E.*, Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 5 S. 755.

100. *Möbius, P. J.*, Über Robert Schumanns Krankheit. Halle, Marhold. 52 S. Mk. 1.50. (S. 74.)

101. *Möbius, P. J.*, Über Scheffels Krankheit. Halle, Marhold. (S. 75.)

102. *Mohr*, Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 5, S. 748.

103. *Näcke, P.*, Der Kuß bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychatr., Bd. 63 S. 106.

104. *Näcke, P.*, Das prozentual ausgedrückte Heiratsrisiko bez. Ausbruchs und Vererbung von Geistes- und Nervenkrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 482.

105. *Naegeli, O.*, Nervenleiden und Nervenschmerzen, ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe. 3. Aufl. Jena, Fischer. 160 S. Mk. 2.—. (S. 86.)

106. *Nagel, Hugo,* Wie werde ich meine Nervosität los? Berlin, Steinitz. 3. Aufl. 63 S.
107. *Neisser, Cl.,* Individualität und Psychose. Vortrag, geh. in der Allg. Sitzg. der Naturforscher-Versammlung zu Meran am 29. September 1905. Berlin, Hirschwald. 32 S. (S. 80.)
108. *Nolda, A.,* Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. Halle, Marhold. Mk. 0.50.
109. *van Oordt,* Die Handhabung des Wasserheilverfahrens. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. Mk. 2.50.
110. *Oppenheim, H.,* Psychotherapeutische Briefe. Berlin, Karger. 44 S. (S. 85.)
111. *Patrick,* Nervös! Gemeinverständliche Winke zur Verhütung von Nervenschwäche. Übersetzt von Lilienstein. Frankfurt a. M., Joh. Alt. 20 S.
112. *Petersen-Borstel,* Gutachten über den Zusammenhang zwischen Gasvergiftung und Geisteskrankheit. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin, S. 57. (S. 79.)
113. *Pfister,* Über Verbigeration. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr, Bd. 62 S. 548.
114. *Pilcz, A.,* Beitrag zur vergleichenden Rassen-Psychiatrie. Leipzig, Fr. Deuticke. 44 S. Mk. 2.50. (S. 80.)
115. *Pini, O.,* Sul uso therapeutico dell' Isopral. Gazetta degli Ospedali e delle cliniche, Nr. 61, 1905. (S. 87.)
116. *Plaut,* Psychologische Untersuchungen an Unfallkranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 63 S. 600.
117. *Prince, M.,* The dissociation of a personality. A biographical study in abnormal psychology. London & Bombay; Longmans, Green and Co. 569 S.
118. *Repkewitz,* Über Beschäftigung von Anstaltspfleglingen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 6 S. 871.
119. *Rieger,* Untersuchungen über Muskelzustände. Jena, Fischer. 43 S.
120. *Rivari, E.,* La mente di Girolamo Cardano. Bologna, Zanichelli. 222 S.
121. *Röttger, W.,* Genußmittel — Genußgifte? Betrachtungen über Kaffee und Tee auf Grund einer Umfrage bei den Ärzten. Berlin, Staude. 98 S. Mk. 1.—. (S. 79.)

122. *Rosenfeld,* Die klinische Bedeutung der Zwangsvorgänge. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 143.
123. *Rosenfeld, M.,* Über den Finfluß psychischer Vorgänge auf den Stoffwechsel. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 367.
124. *Ruggles, A. H.,* Observations on Ganser's symptom. American journal of insanity, Vol. LXII, Nr. 2, October 1905. (S. 81.)
125. *Sante de Sanctis,* Die Mimik des Denkens. Autorisierte Übersetzung von J. Bresler. Halle, Marhold. 181 S. Mk. 3.—.
126. *Schirbach,* Über Proponal. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 5 S. 747.
127. *Schmidt, J. W. R.,* Der Hexenhammer von Jakob Sprenger und Heinrich Institoris, zum erstenmal ins Deutsche übertragen und eingeleitet. Berlin, H. Barstorf. 3 Bde. 216, 273 und 247 Seiten. Mk. 20.—. (S. 74.)
128. *Schoedel, Joh.,* Über induzierte Krankheiten (Imitationskrankheiten). Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Heft 4. (S. 78.)
129. *Schönhals, Paul,* Über die Ursachen der Neurasthenie und Hysterie bei Arbeitern. Inaugural-Dissertation. Berlin. (S. 77.)
130. *Schulze, Rudolf,* Die Mimik der Kinder beim künstlerischen Genießen. Leipzig, Voigtländers Verlag. 34 S. Mk. 0.60.
131. *Schwade, Paul,* Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: eine Psychose nach Angina. Inaugural-Dissertation. Kiel. 18 S. (S. 78.)
132. *Seelig,* Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 506.
133. *Sérieux, P.,* Le stage psychiatrique en France et à l'Étranger. Revue de psychiatrie, Nr. 11 pag. 441. (S. 75.)
134. *Sommer, R.,* Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgeg. v. Sommer. Bd. 1 Heft 1.
135. *Stadelmann,* Die degenerative Anlage als Grund der Psychose. Wiener medizin. Presse, Nr. 6.

136. *Stelzner, H. F.*, Analyse von 200 Selbstmordfällen nebst Beitrag zur Prognostik der mit Selbstmordgedanken verknüpften Psychosen. Berlin, Karger. Mk. 4.—.
137. *Tigges*, Die Gefährdung der Nachkommenschaft durch Psychosen, Neurosen und verwandte Zustände der Aszendenz. Allg. Zeitsch. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 448.
138. *Tiling, Th.*, Clemens Neißer: Individualität und Psychose. Eine kritische Besprechung. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, Nr. 206 S. 91.
139. *Tomasini*, Sull' Agitazione degli alienati e la cura morfioscopolaminica. Archivio di Psichiatria, vol. 21 no. 3. (S. 86.)
140. *Tuczek*, Die wissenschaftliche Stellung der Psychiatrie. Akademische Festrede zu Kaisers Geburtstag. Marburg, Elwert. 31 S.
141. *Urstein*, Ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, Nr. 29 S. 629. (S. 81.)
142. *v. Wagner*, Einiges über erbliche Belastung. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 1. (S. 78.)
143. *Walton, G. L.*, The blood pressure in paresis. Journ. of the Americ. Med. Assoc., vol. 47 pag. 1341.
144. *Walton, G. L.*, The cerebral element in the reflexes, and its relation to the spinal elements. Journ. of nerv. and ment. disease, November.
145. *Wassermeyer*, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 6 S. 868.
146. *Weiler*, Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 572.
147. *Wendelstadt*, Über Neuronal. Medizinische Klinik, Nr. 16. (S. 87.)
148. *Wernicke, C.*, Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 2. Aufl. Leipzig, G. Thieme. 556 S. Mk. 14.—.
149. *Westhoff*, Liegekur bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 Heft 6 S. 871.
150. *Wherry, J. W.*, Is delusional insanity due to disease of the brain? The alienist and neurologist. St. Louis, February 1905. (S. 83.)
151. *White, William A.*, Types in mental disease. The Journal of nervous and mental disease, April 1906.

152. *Witte, Max E.*, Surgery for the relife of insane conditions. American medico-psychological association, At the sixty-first annual meeting, April 18 to 21, 1905.
153. *Witte*, Über das Quinquaudsche Phänomen. Allg. Zeitsch. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 170.
154. *Woltär, O.*, Über den Bewußtseinszustand während der Fugue. Jahrbücher f. Psychiatr. u. Neurolog., Bd. 27.
155. *Zabludowski, J.*, Zur physikalischen Therapie der habituellen Obstipation und der sexuellen Neurasthenie. Berlin, Hirschwald. 42 S. Mk. 1.—.

I. Geschichtliches.

Der Malleus maleficarum (127) hat 4 Jahrhunderte warten müssen, bis er zum ersten Male ins Deutsche übersetzt wurde. Jetzt liegt die Übersetzung vor und bildet auch für den Psychiater und Neurologen eine reiche Fundgrube. Besonders für die Kenntnis der Hysterie — damals Besessenheit genannt — bietet der Hexenhammer zahllose, zum Teil sehr merkwürdige Beispiele. Leicht und bequem zu lesen ist freilich auch die Übersetzung nicht, doch immerhin viel angenehmer als das schreckliche Latein des Originales. Wenn man bedenkt, daß die Wirksamkeit dieses Hexenhammers und seiner Lehren über die Prozeßführung gegen die Teufelsanbeter erst vor etwa 200 Jahren aufgehört hat, so muß man mehr als bei anderen historischen Betrachtungen zugeben, daß die Welt Fortschritte gemacht hat.

(49) Die drei ersten Bände der Sammlung, deren Fortsetzung in Aussicht gestellt wird, tragen die Titel: Die Geschichte des Teufels; Die Geschichte der Buhlteufel und Dämonen; Dämonische Mittelwesen, Vampire und Werwölfe. Es werden in gemeinverständlicher Form die Lehren des mittelalterlichen und modernen Teufelsglaubens vorgetragen. Die Vorstellung vom Werwolf wird für eine Geisteskrankheit erklärt. Jedes Bändchen ist mit drei Tafeln ausgestattet, welche Nachbildungen nach alten Kupferstichen bilden.

Von *Möbius* liegen zwei neue Pathographien vor.

Schumann (100) hat nicht, wie man früher glaubte, an progressiver Paralyse gelitten, sondern an Dementia praecox. Schumanns Vater starb früh (mit 53 Jahren). Seine Mutter litt an „Neigung zur Melancholie und Schwindelanfällen“. Seine vier Geschwister starben jung, eine Schwester litt mit 20 Jahren an einer „Gemütskrankheit“. Schumanns musikalische Begabung trat früh hervor; schon mit 8 Jahren komponierte er. Mit 20 Jahren verlobte er sich. Bald mußte er die Ausübung der Musik einschränken, weil er an Fingerkrampf litt. Dann traten wiederholt Angstzustände auf, besonders „Höhenangst“ und die Befürchtung, den Verstand zu verlieren. Mit 30 Jahren endlich konnte er seine Braut heimführen, nachdem bis dahin ihre Verwandten die Eheschließung verhindert hatten. Zwei Jahre lang blieb er nun frei von

nervösen Krankheitserscheinungen, dann aber traten Beschwerden auf, die als Nervenschwäche, Reizbarkeit, Schwindelgefühl, Angst bezeichnet werden. Mit 39 Jahren wird er dadurch auffällig, daß er zu einer Reise die Koffer packen, dann aber plötzlich wieder auspacken läßt, „weil es zu kostspielig sei“. Als er 42 Jahre alt war, wurde er apathischer und langsamer. Dann traten Gehörshalluzinationen auf. Nach einem Selbstmordversuch durch Ertränken wurde er in die Irrenanstalt zu Endenich bei Bonn gebracht, wo er die beiden letzten Jahre seines Lebens zubrachte. Durch geringe Nahrungsaufnahme ging er körperlich sehr zurück, bis er am 29. Juli 1856 im 46. Lebensjahre starb.

Im Anschluß an seine Schrift über die Krankheit Schumanns erörtert *Möbius* (101) die Krankeitserscheinungen, die sich bei Scheffel nachweisen lassen. Beide Männer haben an derselben Krankheit gelitten.

Benedikt (11) erzählt seinen Entwicklungsgang, sein Streben, seine Erfolge und Mißerfolge, in anschaulicher, interessanter Weise. Die angeknüpften Erörterungen über österreichische Verhältnisse, besonders die akademischen, sind zum Teil von großer Bitterkeit.

Sérieux (133) gibt eine vergleichende Zusammenstellung der psychiatrischen Ausbildung der Ärzte in den verschiedenen Ländern mit geschichtlichen Rückblicken.

II. Allgemeines.

Cramer (36) gibt eine Schilderung der nervösen Zustände, unter welche er die Neurasthenie, die endogene Nervosität und die Hysterie rechnet, unter dem Gesichtspunkte einer eingehenden Würdigung der exogenen und endogenen Momente in der Ätiologie und in der Übertragung der *Verworn*schen physiologischen Lehren über das Leben und bestimmter psychophysischer Anschauungen *Goldschneiders* auf die Pathogenese der Nervosität. Die Bezeichnung Neurasthenie beschränkt *Cramer* auf die „rein durch exogene Schädlichkeiten bedingte Erschöpfung der Neurone“, während er als endogene Nervosität die von Haus aus bestehende leichte Erschöpfbarkeit der Neurone bezeichnet. Die endogene Nervosität ist also das, was man sonst als hereditäre Neurasthenie bezeichnet hat. Zahlreiche Krankengeschichten werden als Beispiele angeführt.

Gaupp (55) kommt zu dem Schlusse: „Unsere Betrachtungen haben uns gezeigt, daß die Ziele und Aufgaben der psychiatrischen Forschung vielerlei Art sind. Allen voran steht die Sammlung und Gruppierung der Tatsachen; ihr folgt die Deutung dieser Tatsachen im Rahmen der allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnis. Aber über ihr eigentliches Spezialgebiet greift die Psychiatrie hinein in große allgemeine Fragen unserer Zeit, mögen sie auf historischem, philosophischem oder kriminalpsychologischem Gebiete liegen. Wie kaum einem anderen Zweige der Medizin kommt ihr die Aufgabe zu, sich an der gemeinsamen Arbeit der Universitas literarum zu betätigen. Daß sie sich dabei der Grenzen ihres Wissens allezeit bewußt bleibe, dafür sorgt nicht bloß die Einsicht in die erkenntnistheoretische Doppelnatur unserer

Disziplin, sondern weit mehr noch der Anblick des traurigen Loses unserer Kranken, deren Leiden wir noch so häufig ohnmächtig gegenüberstehen. Ihnen zu helfen, ist unser letztes und höchstes Ziel, dem zuzustreben die schönste Aufgabe des klinischen Forschers ist. Möge die Zukunft unserer Arbeit den Erfolg nicht versagen!"

Bechterew (9) veröffentlicht den Vortrag, den er am 4. September 1905 bei Gelegenheit des zweiten Kongresses russischer Irrenärzte und Neurologen gehalten hat, mit einigen Erweiterungen. Die Erörterungen beziehen sich vorwiegend auf russische Zustände; die dortige Regierung kommt schlecht dabei weg.

Buschan (30) kommt zu dem Ergebniß, das die zunehmende Kultur das Hirnvolumen vermehrt, zugleich aber das Gehirn empfindlicher macht, so daß es leichter auf äußere Schädlichkeiten durch Erkrankung reagiert. Dieser Nachteil scheint sich in höherem Grade bei den Völkern zu zeigen, die rasch in einen Zustand der Zivilisation übergeführt werden.

Grasset (60) bekämpft in dieser zur Eröffnung des 16. Kongresses französischer Psychiater und Neurologen in Lille gehaltenen Rede die Auffassung, daß Psychiatrie und Neurologie zwei getrennte Wissensgebiete seien; da ihnen Objekt, Methode und Ziel gemeinsam seien, bildeten sie in Wirklichkeit nur eine große Wissenschaft: die Physiopathologie des menschlichen Nervensystems oder die menschliche Neurobiologie. (*Probst*-Eglfing.)

Hennig (67) unternimmt es, die wichtigsten spiritistischen Behauptungen, Hypothesen und Scheinbeweise auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Er hält die weitaus meisten Trancezustände für ebenso echt und ungeheuchelt wie die ihnen nahestehenden hypnotischen Zustände. Dagegen sind die physikalischen und Materialisations-Medien samt und sonders bewußte Schwindler und Taschenspieler. Die spiritistische Geister-Hypothese muß von der Wissenschaft als unbrauchbar und durch nichts beweisbar abgelehnt werden, doch liegt kein Grund vor, weshalb sie nicht objektiv geprüft werden sollte. Wenn die Existenz der spiritistischen Geister erwiesen würde, so müßte die Naturwissenschaft sich mit ihnen abfinden. Daß es aber dahin kommen könnte, darf man nach den bisherigen Erfahrungen „als nahezu ausgeschlossen bezeichnen".

Dornblüth (40) erteilt in gemeinverständlicher Sprache Belehrung darüber, wie durch vernünftige Lebensweise gesunde Nerven zu gewinnen sind. Er sucht dabei alles zu vermeiden, was den Nervösen beunruhigen und aufregen oder ihm neue Krankheitsgedanken bringen könnte.

Fonck (51) vermutet, daß das Radium vermöge seiner Eigenschaft, die Gewebe des Körpers zu durchdringen, zu dem Gehirn gelangt und in diesem von spezifischen Zellen assimiliert wird, welche aus ihm das Nervenfluidum, das eigentlich belebende Prinzip jedes höheren Organismus, herstellen und durch die Nerven, die Ausläufer des Gehirns, dem ganzen Körper zuführen.

Dreyfus (44) erörtert die Geistesstörungen, deren Erkennung dem Nichtfachmann Schwierigkeiten bereitet. Dauernd verkannt werden besonders die Geisteskranken, die sich an der Schwelle der geistigen Gesundheit befinden:

die Psychopathen, die Haltlosen, die pathologischen Lügner und Schwindler, die Imbezillen. Viele Fälle von schleichender Hebephrenie und Zyklothymie werden anfangs verkannt, während der Verlauf der Krankheit die anfängliche Verkennung korrigiert. Auch die Paralyse wird in ihrem Beginn häufig verkannt. Bei Menschen im mittleren Lebensalter sollten das Auftreten von Charakterveränderung, leichter Urteils- und Gedächtnisschwäche, einer gewissen Ruhelosigkeit stets den Verdacht auf Paralyse erwecken. Durch die Lumbalpunktion läßt sich dann die Paralyse sicher nachweisen, auch wenn Pupillenstarre, Sprachstörungen und andere körperliche Erscheinungen noch vollständig fehlen.

Gaupp (57) hat 124 Personen untersucht, die mißglückte Selbstmordversuche gemacht hatten. In München werden alle Personen, die bei oder nach Ausführung eines Selbstmordversuches betroffen werden, kurzerhand in die psychiatrische Klinik gebracht, wenn nicht etwa Verletzungen vorliegen, welche die Aufnahme in die chirurgische Klinik notwendig machen. *Gaupp* unterscheidet zwischen Ursachen und Motiven. Motive sind die im Bewußtsein des Täters auftretenden Beweggründe, Ursachen sind die wirklich treibenden Kräfte, die oft dem Selbstmörder selbst unbekannt bleiben. Von 60 Männern waren 34 ledig, 22 verheiratet und 4 verwitwet; von 64 weiblichen Personen waren 34 ledig, 16 verheiratet, 9 verwitwet und 5 geschieden. Die Mehrzahl der Selbstmordversuche fiel in die Zeit von Mai bis September. Meistens wurde die Tat in starker gemütlicher Erregung ausgeführt, selten nach langer Überlegung. Nur in einem Falle, der ein 21jähriges Dienstmädchen im 8. Monate der Schwangerschaft betraf, konnten keinerlei Symptome einer krankhaften Beschaffenheit aufgefunden werden. Eine Frau litt an Hirnerweichung, 7 Männer und 4 Frauen an Dementia praecox, 4 Männer und 13 Frauen befanden sich in der melancholischen Phase des zirkulären Irreseins, 4 Männer litten an alkoholischem Wahnsinn, 2 Männer an seniler Verblödung, eine Frau an seniler Melancholie, 5 Männer an schwerem akutem Rausch, 6 Männer und 7 Weiber an Epilepsie, 9 Frauen an Hysterie, 25 Männer und 19 Frauen an Psychopathie. Wenn von den 124 Personen, die sich töten wollten, auch nur 38 ausgesprochen geisteskrank waren, so handelten doch auch die anderen unter dem Einfluß eines krankhaften Seelenzustandes, der durch die ärztliche Untersuchung festgestellt werden konnte.

Liefmann und *Nieter* (89) untersuchten bakteriologisch 8 Fälle von Ruhr in einer Irrenanstalt und fanden in 7 Fällen einen Bazillus, der dem Ruhrbazillus von *Shiga* und *Krause* ähnlich ist, aber nicht nur Traubenzucker, sondern auch Mannit zersetzt, dagegen nur unvollkommen und unregelmäßig Maltose und Saccharose. Der Bazillus fand sich nur bei akuten Fällen. In der betreffenden Irrenanstalt herrscht seit längerer Zeit Ruhr, ohne auf die Umgebung überzugreifen.

III. Ätiologie.

Schönhals (129) kommt auf Grund der Beobachtungen an 200 Fällen aus der Nervenheilstätte Haus Schönow zu Zehlendorf zu dem Ergebnis, daß

die körperlich arbeitenden Klassen jetzt an denselben Erscheinungen der Nervosität erkranken wie die geistig arbeitenden. Dabei überwiegen die Handwerker und die gelernten Arbeiter. Von ausschlaggebendem Einfluß ist die Überspannung der Aufmerksamkeit und die gemütliche Überspannung, wie sie besonders bei den Akkordarbeitern vorkommt.

v. Wagner (142). Um eine richtige Anschauung von der Bedeutung der erblichen Belastung zu erhalten, ist es notwendig, sich nicht auf die Erforschung der Krankheitsfälle in den Familien der Geisteskranken zu beschränken, sondern man muß die Verhältnisse der Geisteskranken mit der erblichen Belastung der Geistesgesunden vergleichen. Tut man dieses, so findet man bei den Gesunden eine hohe erbliche Belastung. Berücksichtigt man nur die direkte Belastung, so findet man allerdings diese bei den Geisteskranken erheblich (3 bis 8mal) größer als bei den Geistesgesunden. Im allgemeinen wird die Bedeutung der erblichen Belastung als Krankheitsursache sehr überschätzt.

Bolte (17) folgert aus der Statistik der Bremer Krankenanstalten, daß eine enge Beziehung besteht zwischen unehelicher Herkunft einerseits und Verbrechen, Landstreicherei, Prostitution und unehelicher Schwängerung andererseits. Die Unehelichen fallen der Armenpflege mehr zur Last und sind stärker an der Tuberkulose beteiligt. Die Disposition zu degenerativen Neurosen und Psychosen ist gesteigert, und zwar anscheinend nur in geringem Maße. Doch ist die Kindersterblichkeit bei den Unehelichen verdoppelt, so daß die Schwerstbelasteten von ihnen nicht das Alter der Erwachsenen erreichen.

Brugia (27) behandelt ausführlich die Erscheinungen der Degeneration, ihre Beziehungen zu Geisteskrankheiten und Verbrechertum und den Atavismus. Besonders gründlich werden die organischen Zeichen der Degeneration und der Verbrechertypus behandelt.

Schoedel (128) beobachtete als Schularzt in Chemnitz eine Epidemie von Zittern beim Schreiben, durch die 21 von 36 Schülerinnen betroffen wurden. Durch Aussetzung des Schreibunterrichtes und Behandlung der einzelnen Kinder mit dem faradischen Strom wurde die Krankheit rasch geheilt; die meisten Kinder zeigten nach 8 bis 10 Tagen kein Zittern mehr. Es erscheint nicht berechtigt, in diesem Falle von einer Hysterie der Kinder zu sprechen.

Amberg (5) teilt 11 Beobachtungen mit, um den häufigen Zusammenhang von Ohraffektionen mit psychischen Störungen darzulegen. Er empfiehlt bei Geisteskranken die Untersuchung der Ohren und die Behandlung etwaiger Krankheiten.

Schwade (131) teilt folgende Krankengeschichte aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel mit: Ein 23jähriger Mann, der stets an Kopfschmerzen gelitten hatte, erkrankte an einer nur wenige Tage dauernden Angina mit Fieber über 39°. Im Anschluß an diese Krankheit trat ein dreitägiger Erregungszustand mit Sinnestäuschungen, Angstgefühl und Zittern auf.

Kölpin (79) hält bei der Frage nach dem Zusammenhange zwischen Kopfverletzungen und Geistesstörung das Moment der Hirnerschütterung für

ausschlaggebend. Daneben kommt zuweilen die Wirkung des psychischen Choks in Betracht. Als spezifisch traumatische Geistesstörung ist nur der traumatische Schwachsinn, namentlich in seiner Kombination mit traumatischen Neurosen, anzusehen. Alle übrigen nach Kopfverletzungen zur Beobachtung gelangenden psychischen Störungen können auch aus anderen Ursachen entstehen. Eine echte traumatische Paralyse gibt es nicht.

Dupouy (45) teilt einen Fall von religiöser Paranoia mit lebhaften Gesichtshalluzinationen mit, in dem die Krankheit von dem Manne auf seine Ehefrau übertragen wurde.

Lilienstein (90) teilt drei Beobachtungen mit, in denen die Art der Arbeit, die von einem Nervengebiet verlangt wurde, für die Lokalisation der folgenden Krankheit bestimmend war. Hierdurch wird die Theorie Edingers bestätigt, daß abnorm hohe Anforderungen einen Nerven zum Untergang bringen können, besonders wenn irgend eine schädigende Krankheit vorhergegangen ist. Ein Mädchen, das beim Schleifen von Lettern hauptsächlich die Ulnarismuskulatur anstrengte, erkrankte infolge von Bleivergiftung an Ulnarislähmung. Eine Telephonistin, die mit der rechten Hand einen schweren Hörapparat halten mußte, erkrankte an einer Neuritis des Ulnaris, die sich besserte, als Kopfhalter eingeführt wurden, die das Halten der Hörapparate überflüssig machten.

Forli (52) beschreibt einen Fall, bei dem nach einer Erkältung rechtzeitige Trigeminusparese, sowie paretische Symptome von seiten des r. Okulomotorius, Facialis, Hypoglossus und eines Teiles des motorischen Trigeminus auftraten. Der Kranke war Trinker und aller Wahrscheinlichkeit nach auch früher luetisch infiziert. Durch antirheumatische Behandlung (3 g Aspirin pro die) verschwanden die Erscheinungen rasch. Verf. bespricht kurz die Differentialdiagnose (luetische Neuritis). (*Probst*-Eglfing.)

(112) Ein 17jähriger, bis dahin geistig gesunder Hüttenarbeiter T. wurde gleichzeitig mit mehreren anderen Arbeitern durch Ausströmen von Gas aus einem Gasofen vergiftet. Während die anderen in einigen Tagen wiederhergestellt wurden, blieb T. benommen und verwirrt und geriet dann in einen Zustand von manischer Erregung, so daß seine Überführung in die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Plagwitz erfolgte. Die Gasvergiftung wird daher als Ursache der Geistesstörung angenommen.

Axisa (7) beobachtete einen Fall von stuporöser Melancholie nach Maltafieber.

Röttger (121) hat an sich selbst schädliche Wirkungen des Kaffees gespürt und hat deshalb einen Fragebogen an zahlreiche Ärzte geschickt. Aus der Beantwortung dieses Fragebogens geht hervor, daß die meisten Ärzte das Überhandnehmen des Gebrauches von Kaffee und Tee für bedenklich halten, und zwar in allererster Linie bei Kindern, dann aber auch bei Nervösen, Blutarmen und Herzkranken. Bei der ärmeren Bevölkerung ist der über den ganzen Tag verteilte Genuß von großen Mengen dünnen Kaffees geeignet, die Unterernährung des Organismus zu begünstigen.

Bleuler (14) tadelt neben anderen Rücksichtslosigkeiten, durch die viele Menschen, ohne etwas Böses dabei zu denken, ihre Mitmenschen schädigen, besonders die gedankenlose Verführung anderer zum Trinken und malt in grellen Farben aus, wie viel Unheil auf diese Weise angerichtet wird.

IV. Pathologie.

Medeiros und *Albuquerqe* (98) geben eine Analyse der Gemütsbewegungen im Anschluß an die Theorie von *James* und *Lange*. Sie definieren die Gemütsbewegungen als das Sichbewußtwerden der im Organismus entstandenen Störungen. Im Gehirn entstehen Bilder der Außenwelt. Die Verknüpfung verschiedener Bilder läßt die eigentlichen intellektuellen Prozesse entstehen: Gedächtnis, Urteilskraft usw. Drängt sich eine Gruppe Bilder stark in den Vordergrund, daß sie zu Handlungen führt, so nennt man den Vorgang, wenn er unbewußt bleibt, instinktiv oder automatisch, wenn bewußt, willkürlich. Wenn sich an einer Empfindung und infolgedessen an ein Bild tumultuarisch zahlreiche andere anschließen, so haben wir es mit einer Gemütsbewegung zu tun. *(Ganter.)*

(107) Das bekannte Bild Wilhelm Kaulbachs „Das Narrenhaus" hat man so gedeutet, daß jede einzelne Figur eine krankhaft gesteigerte Charaktereigentümlichkeit darstellt, die bei gesunden Menschen beobachtet wird. *Neißer* (107) zeigt, daß diese bestechende Auffassung der Geistesstörungen den Tatsachen nicht entspricht. Es handelt sich bei den Psychosen nicht um quantitativ veränderte Erscheinungen der gesunden Geistestätigkeit, sondern um Neues, das aus normaler Geistestätigkeit nicht entspringen kann.

(114) Das Krankenmaterial der Wiener Klinik ermöglicht den Vergleich der europäischen Rassen in bezug auf ihre Neigung zur Erkrankung an den verschiedenen Formen von Geistesstörung. Idiotie und Imbezillität sind am häufigsten bei den Juden, trotzdem bei diesen eine der wichtigsten Ursachen, der Alkoholismus in der Aszendenz, wegfällt. Melancholie ist bei den Germanen am häufigsten. Paranoia ist bei den männlichen Juden häufig, bei den weiblichen selten. Periodische Geistesstörungen sind bei den Juden besonders häufig. Die progressive Paralyse ist bei den Ungarn verbreiteter als bei irgend einem anderen Volke. Dementia praecox ist am häufigsten bei den Juden; dann folgen die Nordslaven; am seltensten ist sie bei Deutschen und Ungarn. Epileptische Geistesstörungen sind am häufigsten bei Deutschen. Alkoholische Geisteskrankheiten kommen am meisten bei den Nordslaven vor; in zweiter Linie kommen die Deutschen, dann die Ungarn und die Italiener. Über die Geistesstörungen bei außereuropäischen Völkerschaften wird nach den Angaben der Literatur berichtet. Alkoholismus kommt vorzugsweise bei den europäischen Völkern vor. Die niederen Rassen sind am meisten zur Hysterie und Epilepsie disponiert. Die progressive Paralyse ist nur in Europa häufig. In den anderen Erdteilen ist sie auch da selten, wo Syphilis sehr verbreitet ist. Daß nicht das Zusammentreffen der Syphilis mit der „Zivilisation" Paralyse erzeugen muß, zeigen die Japaner, bei denen die Paralyse sehr selten ist.

Urstein (141) hat während eines Aufenthaltes von 1½ Jahren in Zentral-Asien psychiatrische Erfahrungen gesammelt. Psychisch Kranke, besonders gemeingefährliche und anstaltsbedürftige, sind dort verhältnismäßig selten. Unter 137 genauer untersuchten Fällen waren 59 Sarten, 31 Tekiner, 17 Perser, 14 Armenier, 9 Kirgisen und 7 Tataren; darunter waren nur 7 Frauen. Unter 98 Fällen, die mit Sicherheit diagnostiziert werden konnten, waren 11 zirkulär, 7 senil, 4 Epilepsien, 3 Paralysen, 3 Hysterien, 2 Tumoren, 2 Haschischdelirien, 1 Amentia im Sinne *Kräpelins*, 1 organische Psychose nach Apoplexie und 64 Fälle von Dementia praecox. Im allgemeinen sind die Krankheitsbilder dürftig, inhaltsarm. Lues ist weit verbreitet, besonders unter den Sarten und Kirgisen. Sie nimmt fast stets einen milden Verlauf; das Nervensystem wird sehr selten in Mitleidenschaft gezogen.

Nach *L. v. Frankl-Hochwart* (53) kann die *Menière*sche Apoplexie bei ohrgesunden Individuen auftreten, und zwar mit oder ohne vorausgegangenes Trauma, oder es entwickelt sich der *Menière*sche Symptomenkomplex akzessorisch bei bestehender oder akut auftretender Erkrankung des Gehörorganes. Ferner kann transitorischer Ohrenschwindel durch äußere Eingriffe und Einflüsse entstehen und schließlich gibt es pseudomenièresche Anfälle, die bei Hysterie, Epilepsie usw. auftreten können. Der Arbeit liegt die Beobachtung von 250 Fällen zugrunde.

Braun (19) entdeckte zufällig ein schwachsinniges Mädchen mit unvollständiger Lähmung der rechten Körperseite, das zwar mit der rechten Hand gewöhnliche Schrift schreiben konnte, lieber aber mit der linken Hand schrieb, und dann immer Spiegelschrift.

Hartmann (63) teilt zwei Beobachtungen mit. Ein 29 Jahre alter Arbeiter, der einen Diebstahl begangen hatte, machte einen Dämmerzustand durch, der 3½ Monate dauerte. Er zeigte interesseloses, traumhaftes Benehmen und beantwortete Fragen nach seinem Alter, dem Einmaleins u. dgl. gänzlich falsch; daneben zeigte er hysterische Symptome, wie schwere Sensibilitätsstörungen und konzentrische Gesichtsfeldeinengung. Der andere Fall betrifft einen Katatoniker, der auf ganz einfache Fragen in auffallend unsinniger Weise antwortet.

Ruggles (124) möchte nach seinen Erfahrungen dem *Ganser*schen Symptom keine übertriebene Bedeutung zumessen. Das Symptom findet sich bei verschiedenen Seelenstörungen und kann dann leicht als charakteristisch für diese oder jene Psychose angesehen werden. Eine genauere Untersuchung zeigt jedoch vielfach, daß es sich bei dem „Vorbeireden" nicht um eine krankhafte Störung der assoziativen Tätigkeit des Gehirns handelt, sondern daß ihm häufig andere einfache Ursachen zugrunde liegen, zu denen er besonders die durch die Frage bedingte suggestive Wirkung, ferner den Eigensinn und die Gleichgültigkeit des betreffenden Patienten rechnet. Für die Fälle von Dementia praecox würde diese Anschauung völlig zutreffen. Das gleiche gilt aber auch für die Hysterie bei der bekannten Neigung dieser Kranken zu perversen Handlungen. (*Behr*-Lüneburg.)

Bumke (28) schließt sich im wesentlichen den Ansichten *Westphals* an. Er definiert: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, die, ohne daß ihre durchschnittliche oder durch die Stimmung des Kranken verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewußtsein treten, sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen lassen und deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, obwohl sie vom Kranken stets als ohne Grund dominierend und meist auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden erkannt werden."

Deny und *Camus* (37) veröffentlichen die Krankengeschichten zweier Fälle von „Délire des négations" aus der Salpêtrière; es sind weibliche Kranke, die eine (30 Jahre alt) ist ohne höhere Bildung, war früher sehr lebenslustig; die Erkrankung besteht seit einem Jahre. Die negativistischen Ideen beziehen sich lediglich auf die körperliche Existenz, dabei Haltungsstereotypien, Nahrungsverweigerung, Neigung zu Gewalttätigkeit und Selbstbeschädigung; Halluzinationen bestehen nicht, die Orientierung und das Gedächtnis sind erhalten. Die zweite Kranke ist Lehrerin, ebenfalls seit einem Jahre erkrankt; ihre negativistischen Vorstellungen beziehen sich lediglich auf ihre intellektuelle Existenz; sie glaubt, keine Seele, kein Gefühl, keinen Willen usw. mehr zu haben, dabei ist sie orientiert und zeigt gutes Gedächtnis. Die pathogenetische Erklärung der Fälle ist kurz folgende: Das Gehirn hat wie alle anderen Organe seine Sensibilität („sensibilité cérébrale" oder „cénésthesie"); in beiden Fällen handelt es sich um eine Cenästhesiopathie, deren Verschiedenheit sich durch die verschiedene Gehirntätigkeit der beiden erkrankten Frauen erklärt, indem die eine früher nur an geistigen, die andere nur an körperlichen Dingen Interesse gefunden hatte. (*Probst*-Eglfing.)

Braun (18) bespricht vom Standpunkte des Seelsorgers die bei Geisteskranken beobachteten Wahnbildungen mit religiöser Färbung und das Verhalten, das der Geistliche ihnen gegenüber einzuschlagen hat.

Dreyfus (42). Die Inanition wurde früher als eine der häufigsten Ursachen der Geisteskrankheiten angesehen. Doch entsprechen die psychischen Erscheinungen der sogenannten Erschöpfungspsychosen durchaus nicht den Veränderungen, die durch einfache Nahrungsentziehung erzeugt werden. Bei hungernden Tieren ist das Gehirn so gut wie nicht an der Atrophie beteiligt. Die Abmagerung der Geisteskranken ist daher wohl meistens eine Folge der psychischen Erkrankung. Tritt die Abmagerung ausschließlich oder doch ganz vorwiegend aus äußeren Gründen ein, also wegen zu geringer Nahrungsaufnahme, so erfolgt der Tod, wenn etwa 40 Prozent des normalen Körpergewichtes verloren sind. Für die Ination aus inneren Ursachen ist die progressive Paralyse das deutlichste Beispiel. Sie bewirkt in der Regel in ihrem Anfange eine geringe Abnahme des Körpergewichtes, dann eine erhebliche Zunahme, aber schließlich eine stetig fortschreitende Inanition, die sich bis zum Tode fortsetzt und an und für sich schon den Tod verursachen würde. Natürlich kann der Tod aus irgendwelchen besonderen Ursachen in jedem Stadium der Krankheit erfolgen. Die Gewichtsschwankung ist unabhängig

von der Menge der zugeführten Nahrung. *Dreyfus* nimmt an, daß bei der Paralyse der Prozeß im Zentralnervensystem das Primäre und Wesentliche ist und erst sekundär alle anderen im Verlaufe der Paralyse vorkommenden Erscheinungen hervorruft, insbesondere auch die „allgemeine Ernährungsstörung“ mit den merkwürdigen Schwankungen des Stoffwechsels. Auch bei den funktionellen Psychosen treten aus inneren Gründen gewaltige Schwankungen der Stoffwechselvorgänge auf.

Margulies (96) teilt einen Fall von Halluzinationen im Gebiete der Schreibbewegungs-Vorstellungen mit. Ein 18 Jahre alter Gymnasiast, der sich mit Spiritismus beschäftigte, glaubte Befehle von Gott zu erhalten, indem seine Hand ohne seinen Willen Schreibbewegungen machte. So erhielt er auch den Befehl ins Wasser zu springen und führte ihn aus. In der Klinik sah er nach wenigen Tagen das Krankhafte seines Handelns ein.

(93) Subjektive Farbenerscheinungen bei der Wahrnehmung von Tönen, Klängen und Geräuschen sind schon häufig beobachtet. In der Literatur finden sich etwa 140 derartige Veröffentlichungen, besonders von französischen und italienischen Autoren. *Lomer* beobachtete die Erscheinungen des Farbenhörens bei den Mitgliedern einer Familie durch drei Generationen. Es scheinen zwischen den Schwingungszahlen der Vokale und den Schwingungszahlen der Farben bestimmte noch nicht aufgeklärte Beziehungen zu bestehen. *Lomer* hält das Farbenhören für ein akzidentelles Syndrom einer gewissen Intelligenzhöhe und glaubt, daß es an sich nichts Pathologisches bedeutet, wohl aber in Einzelfällen eine Begleiterscheinung des Niederganges sein kann.

Marchand (94) führt aus, daß dieselben Veränderungen im Gehirn bei verschiedenen Individuen, besonders wenn sie von ungleichem Alter sind, zu verschiedenen psychischen Erscheinungen führen können und daß umgekehrt verschiedenartige Prozesse im Gehirn dieselben geistigen Symptome herbeiführen können. Die Psychiatrie ist nur ein kleiner Zweig der Neurologie.

Wherry (150) glaubt die gestellte Frage verneinen zu müssen. Er sieht vielmehr die Ursache dieser Seelenstörung in abnormen Empfindungen, die ihren Ursprung in irgendwelchen Sensationen des Organismus haben. Er will daher auch die Seelenstörungen, die auf mangelhafte Ernährung, auf psychologischen und pathologischen Veränderungen des Gehirns beruhen, wie die Imbezillität und die verschiedenen Formen der Demenz, von den Erkrankungen trennen, die auf krankhafte Veränderungen außerhalb des Gehirns zurückgeführt werden müssen. (*Behr*-Lüneburg.)

Bruce (24) kommt auf Grund zahlreicher Urinuntersuchungen auf Indoxyl bei den verschiedensten Seelenstörungen zu folgenden Schlüssen: 1. Es besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen dem reichlichen Auftreten von Indoxyl im Urin und den psychischen Depressionszuständen. 2. Wie der Erfolg der Behandlung in einem Falle zeigte, kann das Indoxyl die direkte Ursache der geistigen Erkrankung sein. 3. Es ist wahrscheinlicher, daß das Indoxyl die Ursache der Depression ist, als umgekehrt. 4. Die Tatsache,

daß in 4 Fällen von Melancholie Indoxyl im Urin fehlte, spricht dafür, daß nicht alle derartigen Erkrankungen auf eine Indoxylvergiftung zurückgeführt werden dürfen. Indes wirken manche Gifte bekanntlich lange nach, auch wenn sie selbst in den Ausscheidungen des Körpers nicht mehr nachzuweisen sind. 5. Das übermäßige Auftreten von Indoxyl im Urin weist auf eine Überfüllung des Darmtraktus hin. Therapeutisch werden deshalb ausgiebige Eingießungen und eine reine Milchdiät oder eine Diät, die sich aus Milch und mehligen Substanzen zusammensetzt, in Anwendung kommen.

(*Behr*-Lüneburg.)

Cimbal (32) teilt in 6 Tabellen die Beobachtungen mit, die in dem städtischen Krankenhause zu Altona bei Lumbalpunktionen von 200 Kranken gemacht wurden. Er hält die chemische Untersuchung der Flüssigkeit für wichtiger als die zytologische.

Eine kurze Mitteilung über eine interessante Beobachtung, die *Bruce* (25) bei der Untersuchung des Blutserums geisteskranker Individuen machte. Er fand nämlich, daß bei gewissen Geisteskrankheiten, und zwar bei allen von ihm untersuchten Fällen von Manie mit Verwirrtheit, von Folie circulaire, Katatonie, Hebephrenie, Epilepsie mit Erregungszuständen und anderen, das Serum der Kranken auf die roten Blutkörperchen geistig gesunder Personen agglutinierend wirkte, während bei anderen Formen wie bei der Paranoia die Agglutination regelmäßig ausblieb. Er sieht den Grund für diese eigentümliche Erscheinung in dem infektiösen Charakter der erstgenannten Krankheiten und will auf Grund dieser Beobachtung die sämtlichen Geistesstörungen in zwei große Gruppen, die infektiösen und die nicht infektiösen, trennen. Das Nähere, auch bezüglich der Untersuchungsmethode, muß im Original nachgesehen werden. (*Behr*-Lüneburg.)

Um die Beziehungen der Hypophyse zur Akromegalie zu studieren, hat *Cerletti* (31) an einer großen Reihe von Tieren (Kaninchen, Hunden) Versuche angestellt, indem er ihnen in bestimmten Zwischenräumen frisches Extrakt von Schafshypophyse in die Bauchhöhle injizierte. Es ergab sich bei allen Versuchstieren ein konstantes, an Vergleichstieren gemessenes Resultat, nämlich einmal eine Verlangsamung der Gesamtentwicklung, gemessen am Zurückbleiben des Gewichtes hinter dem des Kontrolltieres, und dann speziell eine Verzögerung der Skelettentwicklung. Bei getöteten Kaninchen zeigte sich bei Versuchstieren die Tibia bedeutend verkürzt; trotz der geringeren Länge hatte sie dieselbe Dicke wie die des Kontrolltieres; außerdem erwiesen sich aber noch die Epiphysen ganz bedeutend verdickt.

(*Probst*-Eglfing.)

Dreyfus (43) teilt einen Fall von traumatischer Pupillenstarre mit. Ein 68jähriger Mann erlitt durch einen Automobilunfall eine Zertrümmerung der Halswirbelknochen. 7 Tage nach dem Unfall traten spinale Symptome auf: schlaffe Lähmung der oberen Extremitäten, spastische Lähmung der unteren, Atembeschwerden, Anästhesie, und zugleich Miosis und Lichtstarre beider Pupillen. Die Obduktion ergab eine Zertrümmerung des Halsmarkes bis

weit hinauf in das 3. Zervikalsegment. Die Zerstörung des ventralen Hinterstranges des 3. Zervikalsegmentes verursacht Störung der Pupillenreaktion.

Bloch (15) beobachtete einen Morphinisten, der seine Pupillen willkürlich um etwa ein Viertel ihrer ursprünglichen Weite vergrößern konnte, während er die Augen auf die Decke des Zimmers richtete.

Wenn (92) die Pupillen durch grelle Beleuchtung stark verengt sind, so tritt eine deutliche Erweiterung ein bei erheblich schmerzhaftem Druck auf organisch kranke Teile, während eine Erweiterung ausbleibt bei psychogener Druckschmerzhaftigkeit. Es wird gehofft, daß durch dieses Merkmal z. B. eine durch Hysterie vorgetäuschte Appendizitis richtig zu beurteilen ist.

Hübner (74) fand, daß die psychische und sensible Reaktion der Pupillen bei Dementia praecox fast immer fehlt.

Guttmann (61) erreicht die Entspannung der Muskeln bei der Untersuchung des Patellarreflexes dadurch, daß er zunächst den Unterschenkel des Kranken durch ein umgelegtes Handtuch etwas in die Höhe hebt, dann ein zweites Handtuch um den Oberschenkel dicht über dem Knie legt und den Oberschenkel so schräg nach oben zieht, daß das Knie einen stumpfen Winkel bildet. Die Mitwirkung eines Gehilfen ist dabei erforderlich.

Das *Quindquaud*sche Zeichen, welches darin besteht, daß man knirschende, knarrende Erschütterungen im Handteller fühlt, wenn man die gespreizten Finger der Versuchsperson auf den eigenen Handteller setzen läßt, ist als ein Zeichen des Alkoholmißbrauches angesehen worden oder wenigstens soll es bei Abstinenten stets vermißt werden. *Lauschner* (86) konnte diese Behauptungen durchaus nicht bestätigen. Nach seinen Untersuchungen bestehen keine Beziehungen zwischen dem *Quindquaud*schen Zeichen und dem Alkoholmißbrauch oder der Abstinenz.

Dexler (39) zeigt, daß von allen Haustieren das Pferd am leichtesten durch Scheuen und sinnloses Flüchten reagiert, wodurch sich sein ängstliches Temperament und seine leichte Erregbarkeit ausdrückt. Ein gut zugerittenes Pferd soll gar keinen eigenen Willen haben, sondern ganz den Befehlen seines Reiters gehorchen; unter einem schlechten Reiter wird es ungelenk, unruhig und verwirrt; es neigt zum Durchgehen. Oft veranlassen ungewohnte plötzliche Wahrnehmungen das Scheuen. Pferde mit organischen Augenkrankheiten neigen besonders zum Durchgehen. Das panikartige Durchgehen ganzer Rudel von Pferden, das oft zu schweren Verletzungen zahlreicher Tiere führt, wird durch die abnorme Erregung eines oder einiger Individuen hervorgerufen. Man muß annehmen, daß es auf einer unbewußten Triebhandlung beruht.

V. Therapie.

Oppenheims (110) „Psychotherapeutische Briefe“ sind nicht nur Muster für den schriftlichen Verkehr mit Nervenkranken, sondern sie sind auch sehr lehrreich für den Ton, den man im Gespräche mit ihnen anzuschlagen hat.

Laehr (84) führt aus, daß wie für Geisteskranke so auch für Nervenkranke die Beschäftigungstherapie von der größten Bedeutung ist. In der Heilstätte Haus Schönau hat er dauernd die besten Erfahrungen mit der Arbeitsbehandlung gemacht. Aussicht auf Erfolg hat die Behandlung nur bei solchen, die sich krank fühlen und Behandlung wünschen und die keine allzu große Abneigung gegen die Arbeit haben. Ungeeignet für die Arbeitsbehandlung sind alle akuten Erschöpfungszustände. Hier muß Ruhe angewendet werden; erst wenn die psychischen Folgeerscheinungen der nervösen Erschöpfung sich stärker bemerkbar machen, hat die Arbeitsbehandlung vorsichtig und ganz allmählich sich steigernd einzusetzen. Die brauchbaren Arten von Beschäftigung sind höchst mannigfaltig. An erster Stelle stehen die Arbeiten mit produktivem Charakter, z. B. Schreiner- und Gartenarbeit. Die körperliche Arbeit verdient im allgemeinen den Vorzug vor der geistigen. Doch muß bei der Auswahl der Beschäftigung streng individualisiert werden.

Engelen (47) gibt nach Vorträgen, die er in den Düsseldorfer ärztlichen Fortbildungskursen hielt, eine zusammenfassende Darstellung der Wasserbehandlung, wie sie jetzt gegen Nervenkrankheiten angewendet wird.

Hudovernig (73) berichtet aus der Literatur, gegen welche Nerven- und Geistesstörungen bereits Versuche mit der Organotherapie unternommen sind, und hofft, daß auf diesem Wege noch viel zu erreichen sei.

Naegeli (105) empfiehlt eine Reihe von Handgriffen zur Behandlung der verschiedensten Beschwerden und Krankheiten, besonders von nervösen, aber auch von Geisteskrankheiten, „statt des üblichen far niente", wie er sagt.

Hohnbaum (71) empfiehlt die Vibrationsmassage, die am bequemsten mit einem durch Kohlensäure getriebenen Apparate ausgeführt wird, zur Behandlung zahlreicher Krankheiten. „Bei den sensiblen Nerven wird die Empfindlichkeit zuerst gesteigert, dann herabgesetzt; daher ist es möglich, Neuralgien oft zu beseitigen. Auf die motorischen Nerven wirkt die Vibrationsmassage anregend, ebenso auf die Sekretionsnerven, so daß mehr Sekret abgesondert wird. Die Muskulatur wird gekräftigt, die Zirkulationsverhältnisse werden gebessert, der Stoffwechsel wird erhöht." Von Nervenkrankheiten werden besonders Neuralgien und Hysterie zur Behandlung mit Vibrationsmassage empfohlen.

Cohn (33) kommt zu dem Schlusse, daß für die Existenz spezifischer Heilwirkungen zwar bisher keine absolut unbestrittene und unbestreitbare Tatsache vorliegt, aber eine ganze Reihe von solchen, die das Vorhandensein spezifischer Effekte in hohem Grade wahrscheinlich machen. Die Annahme ihrer Existenz ist also eine wohlbegründete Theorie, die Annahme einer Suggestionswirkung eine ungenügend begründete Hypothese.

Marcinowski (95) ermahnt in gemeinverständlichen Worten zu naturgemäßer Lebensweise.

Tomasini (139) empfiehlt, die Erregungszustände Geisteskranker mit Morphium und Skopolamin zu behandeln (0,01 Morphium, dann nach 1/2 bis

1 Std. 1/4 bis 1/2 mg Skopolamin, beides per Injektion); ausgeschlossen sind Epileptiker. Besonders günstig sollen Fälle von Manie beeinflußt worden sein. (*Probst*-Eglfing.)

Pini (115) hat an der psychiatrischen Klinik zu Pisa an 50 Geisteskranken Versuche mit Isopral gemacht. Er kam zu dem Schlusse, daß Isopral ein sehr wirksames Hypnotikum sei und auch bei den erregtesten Kranken noch als Sedativum wirke; in Tagesdosen bis zu 2 g sei es ohne schädlichen Einfluß auf Nieren-, Atmungs- und Herztätigkeit. (*Probst*-Eglfing.)

Das Neuronal (Bromdiäthylazetamid), das schon in den letzten beiden Jahren von *Sibert, Becker, Raschkow, Euler* und anderen als Hypnotikum und Sedativum empfohlen ist, wurde in größerer Ausdehnung versucht. Es liegen mehrere Veröffentlichungen vor, die von guten Ergebnissen berichten. *Heinicke* (66) gab 134 g Neuronal in 139 Einzeldosen an 40 Patienten, und zwar 71 mal mit recht guter und 32 mal mit mittlerer Wirkung. Er lobt besonders die Harmlosigkeit des Mittels, die es von dem Trional und Veronal vorteilhaft unterscheidet. *Gerlach* (58) verabreichte in der Göttinger Anstalt 320 Einzelgaben, gleichfalls mit gutem Erfolg und ohne unangenehme Nebenwirkungen. *Bumke* hat das Neuronal bei 80 Kranken der Psychiatrischen Klinik zu Freiburg in 300 Einzelgaben angewendet. Dosen von 1 bis 1 1/2 g leisteten bei unkomplizierter Schlaflosigkeit gewöhnlich gute Dienste. Auch als Sedativum bewährte sich des Neuronal gut, besonders bei epileptischen Erregungszuständen. Eine Mischung von Neuronal 0,5 mit Antifebrin 0,25 bewährte sich bei Kopfschmerzen verschiedener Art. *Wickel* beobachtete bei 30 Geisteskranken, die 200 Einzelgaben erhielten, dieselben günstigen Erfolge. *Dreyfus* (41) versuchte das Mittel in der Irrenklinik zu Heidelberg mit gutem Erfolg. *Wendelstadt* (147) gewann durch seine Erfahrungen den Eindruck, daß wir in dem Neuronal ein gutes Schlafmittel mit angenehmer Wirkung und geringen seltenen Nebenwirkungen erhalten haben, das auch als Sedativum mit Erfolg benutzt werden kann.

Hudovernig (72) erprobte das von *Merck* in den Verkehr gebrachte Methylatropinum bromatum oder Atropinum methylobromatum als schmerzstillendes Mittel bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, Kopfschmerzen, hysterischen Sensationen und Neuralgien, fand dagegen seine Wirkung bei Epilepsie sehr gering.

Marie (97) fordert zur Einschränkung der Lungentuberkulose in den Irrenanstalten: frühe Diagnose der Krankheit, Isolierung der Tuberkulösen, Vergrößerung des Luftraumes für den einzelnen Kranken, Unschädlichmachung des Auswurfes und besonders Einrichtung besonderer Gebäude für die Tuberkulösen.

---

4. Spezielle Psychiatrie.

1. Idiotie und Imbezillität.

Ref.: Wilhelm Weygandt-Würzburg.

Verzeichnis der Literatur:

1. Anstaltsberichte: (S. 101.)
   a) Jubiläumsbericht der Anstalt für schwachsinnige Mädchen in Holnstein, Dillingen, Druckerei Keller, 1906.
   b) 5. Jahresbericht der Epileptikeranstalt zu Niederramstadt bei Darmstadt, Darmstadt, Wintersche Druckerei, 1906.
   c) Verhandlungen der 5. Schweizerischen Konferenz für das Idiotenwesen in St. Gallen, herausgeg. v. Auer, Kölle und Graf in Glarus, 1905.
   d) 19. Bericht der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich, 1905.
   e) Bericht über die Ursberger Anstalten 1905, Druck H. Mühlberger in Augsburg.
   f) 31. Bericht über die Tätigkeit des St. Johannes-Vereins in Nieder-Marsberg, 1905.
   g) 23. Jahresbericht über die Carlshöfer Anstalten, Königsberg 1905.
   h) Anstalten Hephata bei Traysa, 5. Jahresbericht, 1902 bis 1905.
   i) Ärztlicher Bericht der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Kork, von Dr. Bökelmann. Kehl 1906.
   k) Jahresbericht des Vereins für die Idiotenanstalt zu Idstein 1905.
   l) Bericht über die Idiotenanstalt zu Rastenburg, 1904/5.
   m) 52. Jahresbericht über den Bestand und Fortgang der Diakonissenanstalt in Neuendettelsau, 1905.
2. *Boulenger & Hermant,* Association des idées chez les idiots et les imbécils. Gent, A. Vanderhaeghen 1906. (S. 97.)
3. *Cerletti* e *Perusini,* Il problema antropometrico nel cretinismo endemico, Rivista sperimentale di freniatria, XXXII. (S. 95.)
4. *Claparède,* Über Gewichtstäuschung bei anormalen Kindern, Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 118. (S. 97.)

5. *Degenkolb,* Friedreichsche Ataxie und mongoloide Idiotie, Neurolog. Zentralbl. 1906, S. 963. (S. 95.)
6. *Dieterle,* Die Athyreosis unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettänderungen, sowie die differentialdiagnostisch vornehmlich in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums. Virch. Archiv, Bd. 184. (S. 94.)
7. *Frenzel, Gerhardt, Schulze,* Kalender für Lehrer und Lehrerinnen an Schulen und Anstalten für geistig Schwache. Verlag Scheffer, Leipzig. (S. 99.)
8. *Gutzmann, H.,* Zur Untersuchung der Sprache schwachsinniger Kinder, Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 1. (S. 96.)
9. *Gündel,* Zur Organisierung der Geistesschwachenfürsorge, Halle, Marhold. 1906. (S. 99.)
10. *Heller,* Die Wirkung der Beschäftigungstherapie bei abnormen Kindern, Verhandl. d. 22. Versamml. der d. Gesellschaft f. Kinderheilkunde, Wiesbaden, Bergmann 1906. (S. 99.)
11. *Henze,* Entwicklung und gegenwärtiger Stand des Hilfsschulwesens in Deutschland, Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 16. (S. 98.)
12. *Heubner,* Das Vorkommen der Idiotie und verwandter Zustände in der Praxis des allgemeinen Arztes, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 97. (S. 93.)
13. *Hoppe, J.,* Ein Beitrag zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels der Idioten, Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 29. (S. 97.)
14. *Jäger,* Familiärer Kretinismus, Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten, Band I, Heft 1. (S. 95.)
15. *Kulemann,* Die forensische Behandlung der Jugendlichen, Zeitschr. f. d. Erforsch. und Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 36. (S. 100.)
16. *Lukacs* und *Irene Marktbreit,* Fälle von Amaurosis idiotica, Budapesti orvosi ujsag, 1906, Nr. 3. (S. 93.)
17. *Magalhaes Lemos,* Infantilisme et dégénérescence psychique. Influence de l'hérédité neuro-pathologique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1906. (S. 95.)

18. *Meltzer,* Die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf, Zeitschr. f. d. Erforsch. und Behandl. des jugendl. Schwachsinns, Band I, S. 53. (S. 100.)
19. *Pellizzi,* Concetto clinico-anatomico e patogenetico delle idiozie meningitiche, Rivista speriment. di Freniatria, XXXI. (S. 96.)
20. *Ranschburg,* Einfall von Infantilismus auf hereditärer luetischer Grundlage, Budapesti orvosi ujsag, 1906, Nr. 14. (S. 95.)
21. *Sante de Sanctis,* Gli infantilismi. Reggio nell, Emilia 1905.
22. *Sante de Sanctis,* Tipi e gradi d'insufficienza mentale, Annali di nevrologia XXIV. Typen und Grade mangelhafter geistiger Entwicklung, Eos 1906. (S. 95.)
23. *Sainton* und *Roger Voisin,* Les séquelles psychiques des méningitis cérébro-spinales aigues, l'Encéphale 1906. (S. 96.)
24. *Schäfer, H.,* Moralischer Schwachsinn, Allg. Zeitschr. f. Psych., Band 63, S. 95.
25. *Scholz, W.,* Klinische und anatomische Untersuchungen über den Kretinismus, Berlin 1907, A. Hirschwald. (S. 94.)
26. *Spielmeyer,* Über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie, Neurolog. Zentralbl. 1906, S. 51. (S. 93.)
27. *Sterling,* Zur Kasuistik der Tay-Sachs'schen Krankheit (Idiotimus familiaris amauroticus). Neur. Zentralbl. 1906, S. 55. (S. 94.)
28. *Vogt, H.,* Organgewichte von Idioten, Neurolog. Zentralbl. 1906, S. 72. (S. 97.)
29. *Vogt, H.,* Über den Mongoloidentypus der Idiotie, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Band I. (S. 95.)
30. *Vogt, H.,* Ein Fall von familiärer Mikrocephalie, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Band 63, S. 706.
31. *Vogt, H.,* Über familiäre amaurotische Idiotie u. verwandte Krankheitsbilder, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XVIII. (S. 93.)
32. *Voisin Jules, Voisin Roger, Rendu,* Idiotie et lésion cérébelleuse, Amélioration des symptomes. Extrait des Archives générales de médecine, 1906. (S. 96.)
33. *Wagner von Jauregg,* Über marinen Kretinismus, Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nr. 43. (S. 94.)
34. *Weygandt,* Psychologische Untersuchung schwachsinniger Kinder, Bericht über den 2. Kongreß für experimentelle Psychologie, Leipzig, J. A. Barth, 1906. (S. 98.)

35. *Weygandt,* Über Idiotie, Halle, Marhold, 1906. (S. 92.)
36. *Ziegler,* Ein Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeborenen Schwachsinnigen, Experimentelle Pädagogik 1906. (S. 92.)

1. Allgemeines.

Die Literatur über Idiotie, Kretinismus und jugendlichen Schwachsinn hat sich seit jeher nicht einer besonderen Übersichtlichkeit erfreut. Einmal liegt das begründet darin, daß eben außer medizinischen, vor allem psychiatrischen und pädiatrischen Autoren, auch pädagogische und theologische Autoren mitwirkten und deren Erzeugnisse manchmal einen mehr homiletischen als wissenschaftlichen Charakter trugen. Weiterhin war auch das Zeitschriftenwesen eigenartig entwickelt; fast jede der zahlreichen psychiatrischen Zeitschriften enthielt einzelne Beiträge, die in unser Spezialgebiet fallen, aber auch andere medizinische Zeitschriften, pädiatrische, sowie internistische und pathologisch-anatomische, ferner allgemein medizinische und schließlich auch psychologische Organe kamen gelegentlich in Betracht. Jedoch auch die Spezialzeitschriften waren keineswegs immer bequem zugänglich. Zu erwähnen war hier bisher folgende Liste von Spezialzeitschriften:

1. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer, Organ der Konferenz für Idiotenheilpflege, herausgegeben von Schröter und Wildermuth.

2. Die Kinderfehler, Zeitschrift für pädagogische Pathologie und Therapie, herausgegeben von Trüper, Koch, Ufer, Zimmer.

3. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Ziehen.

4. Beiträge zur pädagogischen Pathologie, herausgegeben von Fuchs in Gütersloh.

5. Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene, herausgegeben von Kemsies und Hirschlaff.

6. Eos, Vierteljahresschrift für Erkenntnis und Behandlung jugendlich Abnormer, herausgegeben von Brunner, Krenberger, Mell und Schlöß in Wien.

7. Die Hilfsschule, herausgegeben von Rektor Henze in Hannover.

Dazu kamen in dem Jahre 1906 noch folgende Neuerscheinungen:

8. Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, mit dem Untertitel: Zentralorgan für die gesamte wissenschaftliche Forschung, Anatomie. Klinik und Pathologie des jugendlichen Schwachsinns und seiner Grenzgebiete, für die Fragen der Fürsorge und Behandlung der Schwachsinnigen, für die Fürsorgeerziehung, für die Organisation der Hilfsschulen und Anstalten, für die einschlägigen Gebiete der Kriminalistik und forensischen Psychiatrie und der Psychologie mit besonderer Berücksichtigung

der normalen und pathologischen Geistesentwicklung im Kindesalter, unter Mitherausgabe von Alt, Anton, Binswanger, Cramer, Heubner, Hoche, Siemerling, Sommer, Tuczek, Ziehen, herausgegeben und redigiert von Vogt (Langenhagen) und Weygandt (Würzburg), Verlag von Gustav Fischer, Jena. Die Zeitschrift erscheint jährlich in 6 Heften im Umfange von je 6 Bogen (bzw. Tafeln) und bemüht sich, vom psychiatrischen Standpunkte aus alle das Gebiet berührende Fragen zu behandeln, unter Mitarbeit zahlreicher Mediziner, vor allem Psychiater, Neurologen und Pädiater, sowie auch Pädagogen usw. Schließlich ist als Neuerscheinung noch zu erwähnen:

9. Heilpädagogische Umschau, Monatsbericht über Leistungen und Fortschritte auf dem Gesamtgebiete der Heilpädagogik und ihrer Grenzwissenschaften, herausgegeben von Linke, Reckling und Schulze, Verlag von Karl Marhold in Halle. Dieses Organ bringt lediglich Referate und wendet sich, wie schon das Herausgeberkollegium, das aus einem Taubstummen-, einem Blinden- und einem Hilfsschullehrer zusammengesetzt ist, erkennen läßt, vorzugsweise an die pädagogischen Interessenten. Unter den Mitarbeitern sind die Mediziner noch sehr wenig vertreten, wodurch es sich auch wohl erklärt, daß manche Referate über rein medizinische Arbeiten von pädagogischer Seite geliefert waren. Die weitere Entwicklung des Organs bleibt abzuwarten.

Von den das ganze Gebiet betreffenden Abhandlungen allgemeineren Charakters sei erwähnt die Wiedergabe des auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie Dresden 1905 erstatteten Referates: Weygandt, Über Idiotie, Halle, Marhold 1906. Vgl. hierüber diese Zeitschrift Band 62, S. 573.

Dr. *Ziegler* (München) (36). „Ein Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeborenen Schwachsinnigen", in Lay-Neumanns Zeitschrift „Experimentelle Pädagogik" bespricht eine erfolgreiche Veranstaltung aus dem April 1906, die der Initiative von Professor Sommer in Gießen zu danken war. Vor etwa 100 Hörern, fast zur Hälfte Pädagogen, im übrigen Mediziner, auch einige Juristen, trug Sommer über experimentelle Psychologie, Seminarlehrer Dr. phil. Lay über experimentelle Didaktik, Rektor Henze über Hilfsschulwesen, Dannemann über die forensischen Fragen, Dr. phil. Klumker über Fürsorgeerziehung, Dr. phil. Gündel über Anstalten und Weygandt über Ursachenforschung, Prophylaxe, Gruppeneinteilung und Therapie im Bereiche des jugendlichen Schwachsinns vor. Sommer, Dannemann, Dannenberger, v. Leupold, Berliner und Weygandt demonstrierten einschlägige Fälle, Schädelabnormitäten, anatomische Präparate, psychologische Methoden usw.; eine Sammlung von Präparaten, Bildern, Instrumenten und Drucksachen war ausgestellt.

Der von der Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie Dresden 1905 eingesetzte Ausschuß für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge trat auf der Münchener Versammlung 1906 auf durch eine Ansprache seines Vorsitzenden, Tuczek, und Referate von Weygandt „Über den Stand der

Idiotenfürsorge in Deutschland", Anton „Die Formen und Ursachen des Infantilismus" und Möller „Über den Unterricht der Idioten, Imbezillen und Schwachbegabten". Vgl. den Bericht darüber in dieser Zeitschrift Band 63, S. 577ff. Eine Sitzung des Ausschusses wurde abgehalten zu Uchtspringe 1906, worüber Kluge Bericht erstattet hat in der Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns Band 1, Seite 84.

2. Klinisches.

Heubner, (12) Das Vorkommen der Idiotie und verwandter Zustände in der Praxis des allgemeinen Arztes, Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band I, S. 97.

Unter 308 Fällen mangelhafter Hirntätigkeit im Kindesalter waren 118 als idiotisch, 20 als imbezill mit zweifelhafter Bildungsfähigkeit zu bezeichnen, dagegen bei 113 Schwachsinnigen und Minderwertigen war Bildungsfähigkeit anzunehmen. 9 Fälle waren psychotisch, meist heilbar, 48 Fälle betrafen Myxödem und Mongolismus. Bei 57 von den Idioten waren körperliche Störungen nicht nachweisbar. Bei der übrigen Gruppe fand sich in $^2/_3$ der Fälle allgemeine Gliederstarre. Bei den übrigen spielte Encephalitis, Hydrocephalie und Meningitis eine Rolle. 5 Fälle waren mikrozephal. Die Gruppe der Bildungsfähigen zeigte meist Verlangsamung der körperlichen und geistigen Entwicklung, vor allem der Sprache. 24 ließen sich als psychopathische Minderwertigkeiten mit vorherrschender Willensschwäche bezeichnen. Bei 8 Fällen fiel eine hochgradige Zerstreutheit auf, bei 10 neurasthenische Übermüdbarkeit.

H. Vogt, (31) Überfamiliäreamaurotische Idiotie und verwandte Krankheitsbilder, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie XVIII.

Verfasser zeigt, daß die Affektion auch in späterem Jugendalter als familiäre cerebrale Diplegie vorkommt. Streng angeboren ist das Leiden nie. Ätiologisch wichtig ist Heredität durch Inzucht und Alkohol.

H. Lukacs (16) und *Irene Marktbreit,* Fälle von Amaurosis idiotica, Budapesti orvosi ujsag 1906, Nr. 3.

Der Fall eines zehnmonatigen Kindes zeigt typischen Verlauf, doch ohne Augenhintergrundveränderung. Der andere Fall, 10jähriger Knabe, zeigte Mikrozephalie; neben allmählicher Entwicklung der Hauptsymptome bleibt der Zustand dauernd vom 3. Lebensjahre ab. Am Augenhintergrund war nicht der kirschrote Fleck, sondern eine glänzend weiße atrophische Stelle zu sehen, bei hochgradiger Myopie.

Spielmeyer, (26) Über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie, Neurologisches Zentralblatt 1906 S. 51.

Vier Kinder erkrankten an fortschreitendem Blödsinn. Durch Retinalatrophie trat in wenigen Jahren Erblindung ein. Lähmungen kamen nicht vor.

Bei den drei bisher gestorbenen Kindern fand sich schwere Lungentuberkulose; im Pubertätsalter war der Tod eingetreten. Ätiologisch verdächtig ist ererbte Syphilis. Über den Zusammenhang mit den Fällen von Tay-Sachs ist noch nichts zu sagen. Das Mikroskop zeigte eine Ganglienzellerkrankung mit totaler oder partieller Aufblähung des Zell-Leibs infolge Einlagerung einer körnigen Substanz.

Sterling, (27) Zur Kasuistik der Tay-Sachsschen Krankheit (Idiotismus familiaris amauroticus). Neurologisches Zentralblatt 1906 S. 55.

Eingehende klinische Schilderung eines entsprechenden Falles bei 11monatigem Kinde.

W. Scholz, (25) Klinische und anatomische Untersuchungen über den Kretinismus, 607 Seiten, 1 Karte und 72 Textabbildungen. Berlin 1906, A. Hirschwald.

Die Monographie bringt zunächst die Statistik über die Kretinen in Steiermark, 0,6% der Bevölkerung. 107 Fälle werden näher beschrieben, meist unter 20 Jahre alt, doch 10 über 50 Jahre. 29% waren taubstumm, weitere 32% schwerhörig. Der kleinste unter den mehr als 11jährigen war 103 cm lang; 17 von 97 waren über 150 cm. Röntgenbilder demonstrieren die verzögerte Knochenentwicklung. Sehr eingehend ist der Stoffwechsel in unbeeinflußtem Zustande und unter Schilddrüsendarreichung untersucht. Ersterer Zustand ist dem Myxödem, nicht aber dem experimentellen Schilddrüsenmangel parallel. Bei Zufuhr von Schilddrüse wird Harnausscheidung vermehrt, Körpergewicht sinkt durch Zerfall stickstofffreier Substanz, Säuregehalt des Harns wird besonders bei Jüngeren vermehrt. In pathologisch-anatomischer Hinsicht werden 4 eigene Patienten und dann mehrere Fälle aus der Grazer Sammlung beschrieben. Das Hinterhauptbein ist auch im vorgeschrittenen Alter nicht mit dem Keilbein verwachsen. Genauestens sind die Maße von 56 Schädeln aufgenommen. Die Hirnbefunde sind noch nicht eindeutig. Behandlungsversuche wurden mit 88 Patienten vorgenommen. täglich 3mal, manchmal auch 8 englische Tabletten, nur auf kurze Zeit. Dabei blieb in 19 Fällen der Erfolg aus. Eine Literaturübersicht von 2486 Nummern schließt das inhaltsreiche Buch.

Wagner v. Jauregg, (33) Über marinen Kretinismus, Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nr. 43.

Auf dem zu den kropffreien Quarnerischen Inseln gehörigen Veglia fand v. Wagner in einem engen Tale eine Reihe zwerghafter Individuen, die als Kretinen aufgefaßt werden mußten. Der älteste war 46 Jahre alt und 106,5 cm lang, von typischer kretinöser Gesichtsbildung, einer atrophischen myxödematösen Haut, kindlicher Behaarung und Stimme, ferner haarlosen Genitalien mit einer Art mons Veneris, einem winzigen Penis und leerem Skrotalsack. Mit dem endemischen Kretinismus der Gebirgsländer möchte v. Wagner diese Fälle nicht identifizieren, jedoch nimmt er als Grundlage auch hier Schilddrüsenfunktionsstörung an.

Dieterle, (6) Die Athyreosis unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettänderungen, sowie die differentialdiagnostisch vornehmlich in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums. Virchows Archiv, 184. Band, 1906.

Unter Beifügung eigener Fälle sind das kongenitale Myxödem, dann die fötalen Skeletterkrankungen, Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta an schaulich besprochen. Die psychiatrische Literatur ist nur teilweise berücksichtigt.

Jäger, (14) Familiärer Kretinismus, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Band 1, Heft 1.

In der Ätiologie der 4 Fälle spielt der Alkoholismus des Erzeugers eine Rolle.

Cerletti & Perusini, (3) Il problema antropometrico nel cretinismo endemico, Rivista sperimentale di freniatria, Band XXXII, Heft 3—4.

Die auf reiche Literaturangaben gestützte Arbeit zeigt, daß sekundäre Faktoren degenerativer Art beim Kretinismus eine Rolle spielen.

H. Vogt (Langenhagen), (29) Über den Mongoloidentypus der Idiotie. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Band 1.

Vgl. das Referat über den einschlägigen Vortrag in der vorliegenden Zeitschrift Band 63, S. 592.

Degenkolb, (5) Friedreichsche Ataxie und mongoloide Idiotie, Vortragsreferat, Neurologisches Zentralblatt 1906, S. 963.

Die Analogie zwischen beiden Affektionen stützt sich auf die Gelenkweichheit, Zirkulationsstörungen und Mißbildung an Gaumen, Ohr, Hoden usw., unter Hinweis auf einen demonstrierten Fall.

Ranschburg, (21) Ein Fall von Infantilismus auf hereditärer luetischer Grundlage, Budapesti orvosi ujsag, 1906, Nr. 14.

Es handelt sich um ein 16 jähriges Mädchen von 121 cm Länge, verkleinerter Schilddrüse, Verknöcherungszustand entsprechend einer 12 jährigen, das unter Schilddrüsenbehandlung wuchs, anscheinend auf angeborener syphilitischer Grundlage.

Sante de Sanctis, (21) Gli infantilismi. Studio nosografico e clinico. Reggio nell'Emilia 1905.

Verfasser bespricht zunächst den dystrophischen und myxödematösen Infantilismus, darauf den partiellen Infantilismus, sodann die gemischten und kombinierten Fälle. Darauf wird die Pathogenese erörtert. In differentialdiagnostischer Hinsicht wird besprochen Rhachitis, Achondroplasie, Kretinismus, Mongolismus, Gigantismus, Senilismus. 12 Formen des kompletten werden 8 Formen des inkompletten Infantilismus gegenübergestellt. Eine Reihe klinischer Beobachtungen mit Abbildungen bildet den Schluß.

Magalhaes Lemos, (17) Infantilisme et dégénérescence psychique. Influence de l'hérédité neuro-pathologique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1906.

Ein schwer belasteter Patient zeigte intellektuelle Schwäche und Disharmonie, dazu Zwangszustände und mannigfache Anfälle manischen und

melancholischen Charakters. Im Alter von 37 Jahren waren die Genitalien mangelhaft entwickelt, die sekundären Geschlechtscharaktere fehlten ganz. Die Körperlänge betrug 167 cm, das Gewicht 160 kg. Schilddrüsenbehandlung setzte das Gewicht in 2 Monaten um 32,25 kg herab!

Jules Voisin, Roger Voisin, A. *Rendu,* (32) Idiotie et lésion cérébelleuse. Amélioration des symptomes, Extrait des Archives générales de médecine, 1906.

Ein Fall wurde mit 7 1/2 Jahren aufgenommen. Es war eine Idiotin, die nur wenig Wörter ohne Verständnis sprach. Sie konnte sich nicht aufrecht halten und nicht richtig gehen. Allmählich besserte sie sich körperlich, aber auch die Intelligenz nahm etwas zu. Mit 19 1/2 Jahren ist das Stehen unsicher, der Gang etwas zerebellar; Nystagmus; langsames silbenweises Sprechen. Intelligenz nicht normal, aber viel besser als beim Eintritt.

Pellizzi, (19) Concetto clinico-anatomico e patogenetico delle idiozie meningitiche, Rivista sperimentale di freniatria, XXXI.

Verfasser möchte eine primäre Meningitis als die Ursache weit zahlreicherer Idiotiefälle auffassen, als man bisher annahm.

Paul Sainton und *Roger Voisin,* (23) Les séquelles psychiques des méningites cérébro spinales aiguës, l'Encéphale 1906.

Die Verfasser nehmen an, daß durch Meningitis hervorgerufen würden zunächst Charakterstörungen bei Kindern und ferner intellektuelle Defekte bis zur ausgesprochenen Demenz.

Hermann Gutzmann, (8) Zur Untersuchung der Sprache schwachsinniger Kinder, Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band I, Seite 1.

Die Untersuchung ist erschwert dadurch, daß ein hoher Prozentsatz der schwachsinnigen Kinder schwerhörig ist. Der optische Anreiz zur Sprachentwicklung wirkt manchmal noch stärker als der akustische. Bei der Voruntersuchung der Perzeptions- und Produktionsorgane der Sprache sind auch der Tastsinn, ferner die Atmungsorgane, der Kehlkopf und die Artikulationsorgane zu berücksichtigen. Erst dann beurteile man, wie weit das Kind Vorgesprochenes nachsprechen und wie es optischen Sprachbewegungen mit Aufmerksamkeit folgen kann. Zur Verstärkung des nachahmungsuchenden Reizes dient der vorgehaltene Spiegel, am besten ein dreiteiliger, so daß das Kind sein eigenes Gesicht mit dem des neben ihm sitzenden Untersuchers vergleichen kann. Neben der Prüfung des Verständnisses des Gesprochenen hat eine Intelligenzprüfung einherzugehen, vor allem in bezug auf zentrales Sehen und Hören, ferner berücksichtige man die Fähigkeit, eine Aufforderung zur Handlung zu verstehen. Nun ist die Sprachproduktion eingehender zu untersuchen, wie weit das Kind spontan spricht und in welcher Weise es nachspricht. In letzter Hinsicht sind nicht sinnlose Silben, sondern einfache Worte zu wählen, die nach phonetischer Systematik angeordnet werden, zu-

nächst Worte mit beginnendem Verschlußlaut, dann mit Reibelaut, ferner mit L und R und schließlich mit Nasalen.

H. Vogt, (28) Organgewichte von Idioten, Neurologisches Zentralblatt 1906, S. 792.

An zahlreichen Fällen wurden die Gewichte von Gehirn, Herz, Lungen, Milz, Leber, Nieren von Idioten festgestellt und mit denen von Normalen verglichen. Am meisten tritt die Herabsetzung gegenüber der Norm hervor beim Gehirn, ferner auch bei Herz und Nieren.

J. Hoppe (Uchtspringe) (13), Ein Beitrag zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels der Idioten, Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band I, S. 29.

Von allgemeineren Betrachtungen ausgehend, unter denen hervorzuheben ist, daß Stoffwechselstörungen bei einem sehr großen Teile der Idioten vorkommen, sind doch wenigstens 50% rachitisch, wird der Einfluß des Thyreoidins auf Resorption der phosphorhaltigen Verbindungen geprüft. Der außerordentlich günstige, die Aufnahme von Phosphorverbindungen und Kalksalzen fördernde Einfluß bei Myxödematösen findet sich geringer wieder beim Kretinismus. Die Mongoloiden zeigten keine Abweichung vom normalen Typus. Als versucht wurde, einem Myxödematösen kalkreiche, vegetabile Nahrung per os, die P_2O_5-Mengen hauptsächlich aber per rectum zu geben, damit die gegenseitige Resorptionshemmung beider Körper im Dünndarm vermieden werde, wurde die CaO-Aufnahme in günstiger Weise gesteigert.

3. Psychologisches.

Claparède (Genf), (4) Über Gewichtstäuschung bei anormalen Kindern, Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band I, S. 118.

Während der Normale von 2 gleich schweren, verschieden großen Gegenständen den größeren als leichter schätzt, unterliegen nach Demoor schwachsinnige Kinder dieser Täuschung nicht, eher scheint ihnen der größere Gegenstand schwerer. Verfasser untersuchte 160 zurückgebliebene Kinder von 7 bis 15 Jahren, darunter imbezille, dann debile mit körperlichen und nervösen Beschwerden, ferner einfach zurückgebliebene infolge vernachlässigter Erziehung oder früherer Krankheiten. Das Demoorsche Phänomen wurde bei den ersteren in 65%, bei der 2. Gruppe in 8%, bei der 3. Gruppe in 1% der Fälle gefunden, es tritt somit entsprechend dem stärkeren Grade des geistigen Defektes häufiger auf. Verfasser nimmt mit Flournoy an, daß die Ursache der ganzen Erscheinung zurückgehe auf die Hebungsgeschwindigkeit; Gewichte größeren Umfangs werden schneller gehoben als solche kleineren Umfangs; bei normalen Kindern soll nun der motorische Impuls sich nicht nach dem Umfange des zu hebenden Gegenstandes richten.

Boulenger & Hermant, (2) Association des idées chez les idiots et les imbécils. 137 S. Gent, A. Vanderhaeghen.

Nach einer allgemeinen Einleitung werden die Untersuchungsergebnisse von 22 Schwachsinnigen verschiedener Art geschildert, die mittels einfacher, ansprechender Methoden geprüft wurden.

Weygandt, (34) Psychologische Untersuchung schwachsinniger Kinder, Referat auf dem 2. Kongreß für experimentelle Psychologie, Würzburg 1906, vgl. Bericht über den Kongreß, Leipzig, J. A. Barth, 1906.

Die verschiedenen bisher angewandten Methoden werden geschildert. Die normal-psychologischen Methoden sind vielfach nur modifiziert auf schwachsinnige Kinder zu übertragen. Zweckmäßig sind psychologische Laboratorien an den Hilfsschulen größerer Städte, wie ein solches in Budapest besteht.

Sante de Sanctis, (22) Tipi e gradi d'insufficienza mentale. Annali die nevrologica XXIV, Heft 1.

Typen und Grade mangelhafter geistiger Entwicklung, Eos Vierteljahresschrift für die Erkenntnis und Behandlung jugendlicher Abnormer, 1906 Heft 2.

Verfasser geht aus von dem bekannten Umstande, daß man den Typus und den Grad geistiger Minderwertigkeit auseinanderhalten müsse. Als Typen geistiger Inferiorität unterschied er 1. idiotische, 2. imbezille, 3. wahnsinnige. 4. epileptische, 5. infantile Beschaffenheit und 6. den Typus der kombinierten und vorübergehenden Beschaffenheit. Zur Feststellung des Grades schlug er Tests in folgender Serie vor: 1. Gib mir einen Ball! unter Vorweisung von 5 bunten Bällen, wobei die Reaktionszeit gemessen wurde. 2. Siehst du dieses Stück Holz? 3. Hier hast du einen Bleistift. 4. Da hast du wieder so viel Holzstücke wie die früher bezeichneten. 5. Wieviel Würfel? Welcher ist der größte? Welcher liegt am weitesten von dir? 6. Sind die größeren Gegenstände auch schwerer? Sind die entfernteren wirklich kleiner? Es soll dadurch das Kind geprüft werden auf die Fähigkeit, sich der Erfahrung anzupassen, auf Farbensinn und Gedächtnis, auf die Fähigkeit, Formen wiederzuerkennen, auf die Fähigkeit, aufzumerken und auf die Aufmerksamkeitsdauer, auf die Fähigkeit, über die nicht mehr wahrgenommenen Gegenstände zu sprechen, auf die Schnelligkeit der Auffassung, der Wiedergabe der Reaktion. So beachtenswert auch die Methode und die damit angestellten Versuche sind, so ist bei dem Schlußworte, das davon spricht, daß denen, die sich mit Idiotenforschung wissenschaftlich abgeben, jetzt der Weg zu immer größeren Fortschritten der Forschung gebahnt sei, doch der Mund etwas zu voll genommen.

Rektor *Henze* (Hannover), (11) Entwicklung und gegenwärtiger Stand des Hifsschulwesens in Deutschland. Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band 1, S. 15.

Der Verfasser gibt eine historische Schilderung von Kerns Vortrag 1863 an bis auf unsere Tage, in denen die Hilfsschule meist rechtlich als öffentliche Volksschule gilt und nunmehr in fast 200 Städten Hilfsschulen mit etwa 20000 Kindern gedeihlich bestehen.

4. Behandlung und Fürsorge.

Frenzel, Gerhardt, Schulze, (7) Kalender für Lehrer und Lehrerinnen an Schulen und Anstalten für geistig Schwache, 1905/1906 Verlag Scheffer, Leipzig.

Der Kalender enthält Angaben über die Entwicklung der Hilfsschule, Statistik und Personalien der Hilfsschulen, Statistik und Personalien der Anstalten, ferner gesetzliche Verordnungen, Versammlungsnachrichten usw. Von Schulze rührt ein Aufsatz über Lehr- und Lernmittel der Schulen für Schwachbegabte, von Ziegler einer über das persönliche Interesse der Kinder her. Die Literaturübersicht verzichtet nicht ganz auf medizinische Werke, doch ist die Auswahl ziemlich willkürlich.

Dr. phil. *Heller* (Wien), (10) Die Wirkung der Beschäftigungstherapie bei abnormen Kindern, Verhandlungen der 22. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Wiesbaden, Bergmann, 1906.

Der Vortrag wendet sich außer den imbezillen vor allem den hysterischen Kindern, dann den Masturbanten, den Tic-Kindern und den psychasthenischen zu und betont die Erfolge der Beschäftigung bei allen diesen Kategorien.

Dr. phil. *Gündel,* (9) Direktor der Idiotenanstalt zu Rastenburg (Ostpr.), Zur Organisierung der Geistesschwachenfürsorge, Halle, Marhold.

„Bete und arbeite" ist nach *Gündel* das Ziel der Geistesschwachenfürsorge. Er meint, daß die Richtung der ärztlichen Idiotenfürsorge sich vor allem auf die Körperpflege, der pädagogischen auf intellektuell-praktische und der theologischen auf religiöse Bildung erstrecke. Muß hier schon opponiert werden, da durchaus das spezifisch-psychiatrische Moment in der ärztlichen Fürsorge verkannt ist, das ja in erster Linie unter Förderung des Intellektes und der Willenssphäre auf praktische Betätigung hinzielt, so ist es vor allem scharf zurückzuweisen, wenn der Verfasser in seiner Animosität gegen die Ärzte es so hinstellt, als seien die ärztlich geleiteten Idiotenanstalten gleich einer Station Schwerkranker, mit „Grabesruhe", wo man „einen Sterbenden vermuten" möchte, und als sei es etwas Charakteristisches für ärztlich geleitete Anstalten, daß die Korridore mit Gittertüren abgeschlossen und die Kinder im Freien in Volièren eingesperrt seien, in denen die Wärterin mit ihnen sitze „wie eine Löwin im Zwinger". Bei der Entmündigung wegen Geisteschwäche oder Geisteskrankheit scheint ihm der Pädagoge die sachverständige Instanz zu sein, der die geistige Vergangenheit des zu Entmündigenden mindestens ebenso beobachten und verstehen könne, wie der psychiatrisch gebildete Arzt. Als „Versuchsklinik" werden ärztlich geleitete Anstalten bezeichnet. Merkwürdig ist die Behauptung, daß die ärztliche Wirksamkeit unter einem pädagogischen Leiter ja durchaus gewährleistet sei, da „jeder andersberufliche Anstaltsleiter nichts genehmigen oder verbieten kann, als gesetz-, statuten- und etatmäßig festgelegt ist"; als ob nicht die Auslegung und Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen in sehr weiten Grenzen schwanke und von den betreffenden Persönlichkeiten abhänge und

vor allem auch die Verordnungen und der Etat auf Antrag der Beteiligten sehr wohl modifiziert werden können! Naiv kann man diese Auffassung nicht mehr nennen, denn das ganze Buch durchzieht die Sucht, die ärztliche Tätigkeit in der Schwachsinnigenfürsorge zu verkleinern und hintanzustellen. Der Stimmungsmacherei entsprechend ist das Ganze in pietistischem Tone und schwülstigem, phrasenreichem Stile gehalten.

Meltzer, (18) Die Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf, Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band I, S. 53 ff. und 149 ff.

Die Anstalt ist mit 38 einzelnen Gebäuden für etwa 4½ Millionen Mark auf 20 ha Baugelände und 60 ha Wirtschaftsland errichtet. Für Schwachsinnige dienen 8 Pavillons, dabei 2 Schul- und Werkstättengebäude, dazu Verwaltungshaus, Turn- und Festhalle, Zentralwaschhaus, Zentralbad usw., ferner Krankenhaus mit Operationssaal, Desinfektionsanlage und Sektionsraum, sowie ein Gebäude für Bildungsunfähige, die nach einer Versuchszeit definitiv in die Blödenabteilung zu Hubertusburg kommen. 129 männliche und 83 weibliche Blinde, sowie 278 männliche und 172 weibliche Schwachsinnige waren zunächst vorhanden. Die Direktion führt ein Theologe mit dem Titel Regierungsrat, ein Schuldirektor steht der Schwachsinnigenabteilung, einer der Blindenabteilung vor. Ein Arzt hat den ganzen ärztlichen Dienst zu versehen, was angesichts der Größe der Anstalt, die ja außer den Pfleglingen noch 172 Angestellte hat, schon entschieden zu wenig wäre, wenn es sich nur um die somatische Behandlung drehte, aber da erst recht zu wenig ist, wo doch eine psychiatrische Mitwirkung unerläßlich ist. Die gehaltvolle, mit zahlreichen Skizzen ausgestattete Arbeit Meltzers schildert in anschaulicher Weise die Einrichtungen und den Betrieb der in hygienischer Hinsicht mustergültigen Anstalt.

Landgerichtsrat *Kulemann* (Bremen), (15) Die forensische Behandlung der Jugendlichen, Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns auf wissenschaftlicher Grundlage, Band I, S. 36.

Das Strafgesetz sollte die Abgrenzung der Jugendlichen nicht nach dem intellektualistischen Moment der Einsichtsfähigkeit unter Vernachlässigung des Willensfaktors vornehmen, sondern die allgemeine geistige Entwicklung berücksichtigen. Vor allem sollte der Nachdruck liegen nicht auf der Person des Täters, sondern auf der Art der staatlichen Reaktion gegen das begangene Unrecht. Als solche kommen in Betracht Erziehung, Bestrafung, Unschädlichmachung, letzteres für geistig Abnorme. Kinder unterliegen nur der Erziehung, Erwachsene nur der Bestrafung. Gegen Jugendliche, zwischen 14. und 21. Jahre, sind zulässig erzieherische Maßregeln: Überwachung bei den bisherigen Erziehern, Unterbringung bei fremden Erziehern, Aufnahme in Erziehungsanstalten, ferner strafrechtliche Maßregeln: Verweis, Geldstrafe, Haft, Gefängnis. Hierfür sind besondere Jugendgerichte einzusetzen, die nach dem schöffengerichtlichen Verfahren vorgehen und die Öffentlichkeit auch dann

ausschließen dürfen, wenn ungünstige Wirkung für den Angeklagten zu erwarten ist. Bedingte Verurteilung ist zulässig.

5. Anstaltsberichte (1).

Jubiläumsbericht der Anstalt für schwachsinnige Mädchen in Holnstein, Oberpfalz, verfaßt von Pfarrer *Buchner*, Dillingen 1906, Druckerei Keller.

In Holnstein und Lauterhofen bestehen seit 25 Jahren Schwachsinnigenanstalten auf Grund der Wagnerschen Stiftungen. Die Anstalten sind noch in hohem Grade auf wohltätige Unterstützungen angewiesen. Erstere beherbergt 112 Pfleglinge, von denen nur 20 die Schulabteilung besuchen.

5. Jahresbericht der Epileptikeranstalt zu Niederramstadt bei Darmstadt. Darmstadt 1906, Wintersche Druckerei.

Die von geistlicher Seite errichtete Anstalt enthält 100 Pfleglinge, etwa 1/3 davon ist 20 und mehr Jahre alt. Der Arzt wohnt dicht bei der Anstalt die sich den Aufgaben der Hygiene nachzukommen bemüht.

Verhandlungen der 5. Schweizerischen Konferenz für das Idiotenwesen in St. Gallen 5. und 6. Juni 1905, herausgegeben von *Auer*, *Kölle* und *Graf*, Glarus 1905.

Der Bericht bringt eine Übersicht über den Stand der schweizerischen Fürsorge und gibt die Referate der Versammlung wieder, darunter einen Bericht von Professor *Zürcher* über die Geistesschwachen in der Gesetzgebung und im bürgerlichen Leben, dann einen von Dekan *Eigenmann* über die Sorge für die bildungsunfähigen Geistesschwachen in der Schweiz. Eine ärztliche Fürsorge steht auch in der Schweiz noch in der Ferne. Schulrat *Sickenberger* referierte über das Thema: „Welche Forderungen ergeben sich aus der seelischen Verschiedenheit der Kinder für die Art ihrer Gruppierung im Unterrichte der Volksschulen?“

Bericht über die Ursberger Anstalten 1905. Druck H. Mühlberger in Augsburg.

Die Anstalten enthalten 958 Schwachsinnige, 125 Blinde, 103 Taubstumme, 183 Epileptische, 64 sonstige Versorgungsbedürftige. Mit Personal sind es 2072 Köpfe, darunter 16 Priester. Mehrere bauliche Veränderungen werden vorgenommen, unter anderem an der Brauerei, die „dem vermehrten Bedürfnis nicht mehr entsprechen konnte“ und ein neues Faßhaus sowie eine vergrößerte Kellerei bekam. Von einem Anstaltsarzt findet sich nichts im Bericht. Daß es einen gibt, läßt sich nur aus den Satzungen schließen, wo es heißt, daß bei Schülern, sofern nicht „ein ärztliches Bedenken besteht“, körperliche Züchtigung vorgenommen werden kann.

31. Bericht über die Tätigkeit des St. Johannes-Vereins Nieder-Marsberg, 1905.

Der ärztliche Abschnitt berichtet über 2 myxödematöse Kinder, die mit Erfolg durch Thyreoidin behandelt worden sind.

19. Bericht der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich, 1905.

Dr. Ulrich liefert einen Beitrag über Zufälle und Stimmungen und ihre

krankhaften Veränderungen bei Epileptischen. Interessant ist ein Hinweis auf die Schilderung bei Dostojewski, Idiot III, pag. 85, Fischer 1889.

23. Jahresbericht über die Carlshöfer Anstalten, Königsberg 1905.

Dr. Ehrhardt erwähnt erfolgreiche, von den Kranken sehr gerühmte Anwendung von Pastor Königs Nervenstärker.

Anstalten „Hephata" bei Treysa, 5. Jahresbericht 1902—1905.

Eine Reihe Pavillons sind hinzugebaut oder verbessert worden.

Ärztlicher Bericht der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Kork von *Dr. Bökelmann.* Kehl 1906.

Bei 10 Kindern wurden befriedigende Erfolge mit der Toulouse-Richetschen Kur erzielt.

Jahresbericht des Vereins für die Idiotenanstalt zu Idstein, 1905.

Es wird ein „Altenheim" geplant, das mittlerweile ausgeführt wurde. Während bei dem Anspruch auf die Direktion von Anstalten schwachsinniger Kinder die Nichtärzte stets auf das schulpflichtige Alter hinweisen, fehlt den erwachsenen Idioten gegenüber jeder Schimmer einer derartigen Motivierung, so daß gegen die Einrichtung eines solchen „Altenheims" von psychiatrischem Standpunkt aus besonders scharf protestiert werden muß.

Bericht über die Idiotenanstalt zu Rastenburg, 1904/5.

1903 starben von 507 an Tuberkulose 39, an anderen Leiden 1.
1904 „ „ 493 „ „ 12, „ „ „ 12.

Über die Errichtung eines Tuberkulosenhauses schweben Verhandlungen.

52. Jahresbericht über den Bestand und Fortgang der Diakonissenanstalt in Neuendettelsau, 1905.

Der Abschnitt über die Blödenhäuser spricht die erfreuliche Hoffnung aus, daß der (von Sommer veranstaltete) „in den Apriltagen des Jahres 1906 tagende Kongreß in Gießen Linien ziehen wird, deren Beachtung auch den Geistlichen möglich, darum auch verbindlich sein kann". Was in humanitärer Hinsicht von den geistlichen Anstalten geleistet ist, haben einsichtige Ärzte durchaus gewürdigt; auch fiel es diesen nicht ein, in den Kneippkuren, der Elsternasche oder Luthers Bemerkung über den Dessauer Knaben die schwierigen Punkte der geistlichen Idiotenfürsorge zu erblicken.

2. Funktionelle Psychosen. Referent: Umpfenbach.

1. *Albrecht,* Manisch-depressives Irresein und Arteriosklerose. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 63 S. 402 (S. 108).
2. Derselbe, Die psychischen Ursachen der Melancholie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., XX S. 65 (S. 108).
3. *Arnemann,* Über Jugendirresein. Konegen, Leipzig (S. 110).
4. *Ast,* Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 63 S. 41.

5. *Ballet,* Sur quelques charactères de certaines formes de nymphomanie. Neurol. Centralblatt, Jahrg. 25. S. 1080. Sitzungsbericht.
6. *Barbé,* Le refus d'alimentation dans la démence catatonique. Progrès médical.
7. *Berze,* Das Primärsymptom der Paranoia. Centralblatt für Nervenheilk., N. F. Bd. XVII S. 432 (S. 109).
8. *Bessière,* Les Stéréotypies démentielles. Annales méd. psychol., Année LXIV pag. 206.
9. *Bleuler,* Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Carl Marhold, Halle (S. 109).
10. *Bresler,* Wesen und graphische Darstellung des manischen Symptomenkomplexes. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., Jahrg. VII Nr. 43.
11. *Dannemann,* Zur Kasuistik der hypochondrischen Form der Paranoia. Ärztl. Sachv.-Ztg., XII. Jahrg. S. 277.
12. *Deny,* De la folie maniaque-dépressive. Historique, critique et définition. Progrès médical.
13. Derselbe, A propos du procès-verbal. Sur deux cas de démence prècoce. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 123. Sitzungsbericht.
14. *Deny* et *Camus,* Délire d'interprétation et paranoia. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 96. Sitzungsbericht.
15. Dieselben, Etude nosologique et pathogenique du délire des négations. Annales méd. psychol., LXVI. Année pag. 423. Sitzungsbericht.
16. *Dercum,* The heboid-paranoid group (Dementia praecox). Clinical relations and nature. American Journal of insanity, Vol. LXII Nr. 4.
17. *Deroubaix,* Des symptomes médullaires de la démence prècoce. Bulletin de la Soc. de médic. ment. de la Belgique (S. 110).
18. *Doutrebende* et *Marchand,* Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 310. Sitzungsbericht.
19. Dieselben, Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 103. Sitzungsbericht.

20. *Farrar,* Clinical demonstrations (Dementia praecox, Depressio affectues, Depressio psychomotoria). American Journal LXII u. LXIII.
21. *Farrar,* Types of the devolutional psychoses. British medical Journal, September.
22. *Fauser,* Zur Kenntnis der Melancholie. Centralblatt für Nervenheilk. u. Psychiatrie, XXIX. Jahrg. S. 880 (S. 108).
23. *Fels,* Über den Symptomenkomplex der primären Inkohärenz mit Erregung. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., XIX S. 488 (S. 111).
24. *Friedländer,* Paranoide Symptomenkomplexe bei nicht Paranoischen, ihre klinische Bedeutung u. psychische Behandlung. Archiv für Psychiatr. u. Neurol., Bd. 42 S. 275. Sitzungsbericht.
25. *Geist,* Über kombinierte Psychosen nebst einem kasuistischen Beitrag. Allg. Zeitschr. für Psychiatr., Bd. 63 S. 434.
26. *Heilbronner,* Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluß der aphasischen Störungen. D. Med. Wochenschrift, 32. Jahrg. S. 1061. Sitzungsbericht.
27. *Hess,* Über Heboidophrenie. Neurolog. Centralbl., 25. Jahrg. S. 478. Sitzungsbericht.
28. *Hinrichsen,* Noch ein eigenartiger Fall von Pseudologia phantastica. Vierteljahresschr. für ger. Medizin. XXXI Bd. S. 61.
29. *D'Hollander,* Notes préliminaires sur un cas d' Aphasie-Apraxie. Bulletin de la Société de Médicine mentale de Belgique.
30. *Juliusburger,* Über Pseudo-Melancholie. Centralbl. für Nervenheilk., N. F. Bd. XVII S. 216 (S. 108).
31. *Klipstein,* Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. für Psychiatr., Bd. 63 S. 512. Sitzungsbericht.
32. *Legrain* et *Vigouroux,* Observation de démence précoce survenue chez un dégénéré avec autopsie et examen histologique. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 97. Sitzungsbericht.
33. *Lemos,* Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancholie anxieuse. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 5.

34. *Levassort,* L'ivresse pseudo-rabique. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expérim., X. Année Mars (S. 111).
34a. *Linguerri,* Particolari alterazioni del linguaggio in un caso di demenza primitiva. Revista sperimentale di freniatria. Bd. XXXI H. 2 (S. 111).
35. *Lomer,* Untersuchungen über juvenile Demenz mit einem Heilvorschlag. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 62 S. 387.
36. Derselbe, Das Verhältnis der Involutionspsychosen zur juvenilen Demenz. Allg. Zeitschr. für Psychiatr., Bd. 62 S. 769.
37. *Longard,* Über Moral Insanity. Monatsschr. für Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform.
38. *Lugiato* e *Ohanncssian,* La pressione sanguigna rei malati di Mente (Prima nota: nei Dementi precoci). Rivista speriment. di freniatria, Vol. XXXII.
39. *Marie,* La démence. Doin, Paris (S. 112).
40. *Mourek,* Un cas rare d'infection psychique chez six consanguines. Revue Uneurologii, Psychiatrii, Fysikatrii, Therapii (S. 112).
41. *Näcke,* Ein Knabe als Prediger und Prophet. Archiv für Kriminal-Anthropol. u. Kriminalistik. Bd. 25 S. 317.
42. *D'Ormea,* Il potere riduttore delle urine nei dementi precoci. Rivista sperim. di freniatria, XXXII 1. p. 79.
43. Derselbe, Calcio e Magnesio delle urine nei dementi precoci. Giornale de Psychiatria clinica manicomiale, Anno XXXIV.
44. *Pascal,* Formes prodromiques dépressives de la démence précoce. Neurol. Centralbl., Jahrg. 25 S. 1080. Sitzungsbericht.
45. Derselbe, Les ictus dans la démence précoce. Neurol. Centralbl., Jahrg. 25 S. 1080. Sitzungsbericht.
46. *Pfeiffer,* Über das Krankheitsbild der „zirkumskripten Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee". Monatsschr. für Psychiat. u. Neurol., XIX S. 49.
47. *Pfersdorff,* Über Stereotypien im manisch-depressiven Irresein. Centralbl. für Nervenheilk., N. F. XVII S. 745.
48. Derselbe, Über Rededrang bei Denkhemmung. Frei Fälle von Mischzustand des manischen-depressiven Irreseins. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 63 S. 151. Sitzungsbericht.

49. *Pfister,* Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 63 S. 275.
50. *Piqué,* Sur les conditions de l'intervention chirurgicale chez les hypochondriaques. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expériment. Juin.
51. *Pighini,* Il ricambio organico nella demenza precoce. Rivista speriment. di freniatria, Vol. XXXII. p. 355.
52. *Rauschke,* Die diagnostische Bedeutung hypochondrischer Vorstellungen. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 37 (S. 112).
53. Derselbe, Über impulsives Irresein. Charité-Annalen, Jahrg. XXX (S. 112).
54. *Rehm,* Psychologische Versuche bei manisch-depressivem Irresein. Allg. Zeitschr. für Psychiatr., Bd. 63 S. 905. Sitzungsbericht.
55. *Riklin,* Beitrag zur Psychologie der kataleptischen Zustände bei Katatonie. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., VIII. Jahrg. Nr. 32—34.
56. *Franco da Rocha,* La psychose maniaque-dépressive. Annales méd. psychol., LXIV. Année. pag. 250.
56a. *da Rocha,* Sobre a psychose maniaco-depressiva. Archivos brasilieros de psychiatria, Bd. 1 Nr. 3 u. 4 (S. 108).
57. *Rosenfeld,* Über den Beziehungswahn. Neurol. Centralbl., Jahrg. 25 S. 1132. Sitzungsbericht.
58. *Sante de Sanctis,* Sopra alcune varietà della Demenza precoce. Rivista speriment. di freniatria, Vol. XXXII. p. 141.
59. *Seiffer,* Die Geschichte der Stupidität (Dementia acuta). Charité-Annalen. Jahrg. XXX (S. 111).
60. *Serbsky,* Contribution à l'étude des formes mixtes (Vésanies) Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 370 (S. 112).
61. *Shaw Bolton,* Amentia and Dementia. A clinico-pathological study. Journal of Mental Science, April, July, October 1905, January, April 1906.
62. *Sokalsky,* Les psychoses aigues et leur classification. Annales méd. psychol., LXIV. Année pag. 5.
63. *Soukhanoff,* Sur les formes dépressives du trouble mental chez les soldats russes. Journal für Psychol. u. Neurol., Bd. VII S. 277.

64. *Specht,* Über Hysteromelancholie. Centralbl. für Nervenheilk., N. F. Bd. XVII S. 545.
65. *Stransky,* Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 63 S. 73.
66. *Strohmeyer,* Zur Klinik, Diagnose u. Prognose der Amentia. Monatsschr. für Psychiatr. u. Neurol., XIX S. 417 u. 579 (S. 110).
67. *Sydney Cole,* On Some Relations between Aphasia and Mental Disease. The journal of ment. science. January.
68. *Taty* et *Chaumier,* Deux cas de confusion mentale liés à la fièvre typhoide et à la scarlatine. Séro-diagnostic et étude bactériologique. Neurol. Centralbl., Jahrg. 25 S. 1080. Sitzungsbericht.
69. *Többen,* Ein Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahnes. Monatsschr. für Psychiatr. u. Neurol., XIX S. 321 (S. 110).
70. *Vigouroux* et *Collet,* Hypocondrie et lésions viscérales. Archives générales de Médécine. 1905.
71. *White,* The nosological status of paranoia. New York State Journal of Medicine. May. (S. 111.)
72. Derselbe, Etiology of Dementia praecox. The journal of the American Med. Association. May.
73. *Wilmanns,* Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Zyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Breitkopf & Härtel, Heidelberg (S. 107).
74. *Wolfskehl,* Auffassungs- und Merkstörungen bei manischen Kranken. Psycholog. Arbeiten, herausgegeben von *Kraepelin.* Bd. V S. 105.
75. *Ziehen,* Seltenere Fälle des periodischen und zirkulären Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 63 S. 760. Sitzungsbericht.

a) Manisch-depressives Irresein.

Wilmanns (73) bespricht hier die leichtesten Formen des manisch-depressiven Irreseins, die gleichsam auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen. Er hat bisher keine Zyklothymie beobachtet, welche ohne manische Phase gewesen wäre. Dann weist er darauf hin, daß eine ganze Reihe derartiger Kranker, bevor sie zum Psychiater kommen, in den Händen und Sanatorien von Magenspezialisten waren, ein Beweis dafür, daß sehr häufig Magen- und Darm-Affektionen bei diesen leichten manisch-depressiven Formen vorkommen. *Wilmanns* spricht sich mehr

dafür aus, daß beide Affektionen, die körperlichen und die seelischen, zusammen vorkommen, sich nicht gegenseitig bedingen; beide entstehen auf dem gemeinsamen Boden des Zentralnervensystems.

Da Rocha (56a) erkennt das manisch-depressive Irresein nach *Kraepelin* an, hält es aber für seltener als die reinen Formen von Manie und Melancholie. Er behauptet, daß es periodische Melancholieen gibt ohne irgend ein manisches Stadium. Einfache Melancholieen (ohne Periodizität) hat er nur bei Leuten im Alter von 21—30 Jahren gesehen, während *Kraepelin* diese Formen nur für das Rückbildungsalter gelten läßt. In der Irrenanstalt zu S. Paulo, deren Direktor Verfasser ist, sah er hauptsächlich Mischformen: Stupor mit motorischer Erregung und Zerstörungstrieb. (*Ganter.*)

b) Melancholie.

Albrecht (2) hat konstatiert, daß bei der Melancholie psychische Ursachen eine ganz erhebliche Rolle spielen, und daß nur depressive Affekte dabei in Betracht kommen, Kummer, Sorgen, seltener Schreck. Er denkt sich die Wirkung dieser psychischen Ursachen durch körperliche Vorgänge, Reizung der verengernden Gefäßnerven, was bei längerer Dauer zu einer allgemeinen Unterernährung führen muß. Mit Hebung dieser Gefäßnerven und Ernährungsstörung (Opium, Bäder) schwindet auch das hervorstechendste psychische Symptom der Melancholie, die Angst. *Albrecht* glaubt, daß auch in der Hirnrinde bei Melancholie eine Gefäßinnervationsstörung im Sinne eines Gefäßspasmus mitspielt. Die Frauen leiden häufiger an Melancholie, weil ihr Gefäßnervensystem empfindlicher ist und weil psychische Ursachen im klimakterischen Alter besonders wirksam werden können. In diesem Sinne bietet dieses Lebensalter eine gewisse Prädisposition. Nach *Albrecht* steht die erbliche Belastung als ursächliches Moment erheblich gegen die psychischen Ursachen zurück.

Fauser (22) spricht sich dafür aus, daß Depressionszustände auch im jugendlichen Alter beobachtet werden, die weder dem manisch-depressiven Irresein, noch der Dementia praecox, noch der Hysterie, noch den von *Kraepelin* ins Auge gefaßten Formen des Entartungsirreseins zugehören, sondern sich nach Symptomen und Verlauf vollständig mit der *Kraepelin*schen Melancholie decken. Doch ist ihre Prognose günstiger. Im Vordergrund steht bei diesen Fällen die Angst, ängstliche Spannung, ängstliche Erregung, eine manische Phase fehlt regelmäßig. Nicht selten entwickelt sich ferner in diesen Fällen aus den melancholischen Wahnvorstellungen eine wohl charakterisierte Periode der Zwangsvorstellungen. *Fauser* macht dann noch auf weitere Übereinstimmungen zwischen den jugendlichen und späteren Formen der Melancholie aufmerksam und empfiehlt, die Frühform mit der Spätform unter Verzicht auf das Moment des Lebensalters zu einer gemeinsamen Gruppe zu vereinigen.

Juliusburger (30) bringt hier einen Parallelfall zu seinem früher in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Band XVII mitgeteilten Fall. Auch hier bestehen die subjektiven Erscheinungen der Melancholie, doch fehlt die

Objektivation der subjektiven Insuffizienz; es mangelt das ganze äußere Bild der Hemmung. Es besteht eine eigentümliche Sprachverwirrtheit und eine gewisse geistige Schwäche. Will man den Fall zur Dementia praecox rechnen, so müßte man noch Untergruppen absondern. Als solche dürfte dann die Pseudo-Melancholie von *Juliusburger* anzusehen sein.

c) Paranoia.

Berze (7) verteidigt hier seine bereits 1903 kundgegebene Ansicht über die Paranoia gegen seine Kritiker und Gegner. Er schließt sich lieber der *Neisser*schen Definition der Paranoia an. Gegen *Kraepelin* rechnet er auch noch solche Fälle zur Paranoia, in deren Verlauf es in einem sehr frühen Stadium der Krankheit zu einer vorübergehenden leichten Trübung des Bewußtseins gekommen ist. Auch ist das Auftreten eines körperlichen Beeinflussungswahns kein Grund gegen die Diagnose Paranoia. Es besteht ein fließender Übergang zwischen Paranoia und Dem. paranoides. Auch ist mit der Annahme einer völligen Trennung zwischen beiden noch nicht die Verschiedenheit des wahnbildenden Faktors erwiesen. Derselbe ist nach *Berze* wahrscheinlich bei beiden Krankheiten der gleiche, die Apperceptionsstörung. Daß bei der Paranoia eine Erschwerung der Apperception vorliegt, sucht *Berze* dann von neuem, namentlich gegen *Specht* und *Bleuler*, zu beweisen. Die Bedeutung affektbetonter Vorstellungskomplexe für die Ausbildung des Wahnsystems erkennt *Berze* an, spricht sich aber von neuem dagegen aus, daß diese Komplexe den Ausgangspunkt der Wahnbildung oder gar der Paranoia bilden. Der affektbetonte Komplex ist die Stütze für die Systematisierung des Wahnes. Bei der Paranoia beherrscht die Störung der passiven Apperception das Bild, bei der Dementia paranoidas tritt die Störung der aktiven Apperception entschieden in den Vordergrund.

Bleuler (9) erklärt zunächst gegen *Specht*, der die Paranoia aus dem pathologischen Affekt des Mißtrauens entstehen läßt, daß das Mißtrauen überhaupt kein Affekt ist. Mißtrauen ist ein intellektueller Vorgang, kein affektiver. Das Mißtrauen kann durch einen Affekt betont sein. Gewisse Affektlagen begünstigen die Entstehung des Mißtrauens. Die Paranoia gehört nicht zu den Affektpsychosen. — In der Pathologie beherrschen die Abnormitäten der Affektivität ganze Krankheitsbilder. Bei den organischen Psychosen ist dieselbe nicht verändert. Die Veränderung ist hier eine scheinbar sekundäre, vorgetäuscht durch eine Verödung der Intelligenz. Bei der Dem. praecox sind die Affekte in bestimmter Weise unterdrückt. Bisher ist es nicht gelungen, die Paranoia aus einem pathologischen Affekt abzuleiten. Eine allgemeine und primäre Affektstörung bei Paranoia ist bisher noch nicht nachgewiesen; die Affektstörungen, die wir deutlich sehen, sind sekundäre Folgen der Wahnideen. Auch gibt es bei Paranoia keine allgemeine Veränderung der Erinnerungsbilder. Die Hypertrophie des Ichs findet man auch nicht immer. Bei der Paranoia steht beständig ein affektbetonter Vorstellungskomplex im Vordergrund der Psyche. An diesen Komplex finden

die alltäglichen wie die weniger gewöhnlichen Ereignisse vorwiegend ihren assoziativen Anschluß. Insofern als dadurch vieles, was keine Beziehung zu dem Kranken hat, fälschlich zum Komplex in Beziehung gesetzt wird, entsteht daraus Beziehungswahn. Die Untersuchung der Genese der Wahnideen zeigt, daß unter dem Einflusse eines chronischen Affektes (des Affektes, der mit dem genannten Komplex zusammenhängt) Irrtümer entstehen nach ganz gleichem Mechanismus wie bei gemütlich erregten Gesunden. Das Pathologische liegt dann darin, daß diese Irrtümer unkorrigierbar werden und weiter um sich greifen. Worin diese Eigentümlichkeit begründet ist, wissen wir noch nicht. — Solange wir den der Paranoia zugrunde liegenden Prozeß nicht kennen, können wir auch nicht wissen, ob der Begriff derselben eine einheitliche Krankheit umfaßt. Größenwahn und Verfolgungswahn können prinzipiell verschiedene Krankheiten sein.

Többen (69) beschreibt vier Kranke mit Eifersuchtswahn, darunter eine Frau. Bei dreien war Alkoholmißbrauch nicht vorhanden. In dem einen Fall, wo Alkohol vielleicht mehr als nötig konsumiert wurde, traten die Eifersuchtsideen erst hervor, als der Betreffende infolge von Trauma erblindet war.

d) Amentia.

Strohmeyer (66) hat die Fälle von Amentia, welche im Zeitraum von 1885 bis 1902 in der Jenaer Klinik zur Aufnahme kamen, einer erneuten Untersuchung unterzogen. Unter 5500 Aufnahmen befanden sich 130 Fälle von Amentia, 40 Männer, 90 Frauen. In 33 Fällen war Puerperium die Ursache. Erblichkeit in 43%. Eine Krankheitsursache fand sich in fast allen Fällen. *St.* kommt sogar zu dem Schluß, daß bei gänzlichem Fehlen jeglicher äußeren Ursache eine Psychose nur mit größter Vorsicht als Amentia anzusprechen sei. — *St.* schildert dann den Krankheitsverlauf der Amentia. Charakteristisch für dieselbe ist der Mangel einer primär einseitig und dauernd krankhaft veränderten Affektlage. Der typische Affektzustand für die Verwirrtheit ist die Ratlosigkeit etc. etc. Von den 110 Kranken (20 bleiben aus der Berechnung) sind 20% in der Anstalt gestorben, 60% geheilt oder gebessert entlassen, 20% blieben ungeheilt. Von den 66 geheilt oder gebessert entlassenen Fällen sind 61 gesund geblieben. Die Diagnose der Amentia bedingt demnach mit allergrößter Wahrscheinlichkeit eine durchaus günstige Prognose. — Die Amentia ist also auch nach *St.*s Berechnung eine seltene Psychose, welche 2% der Gesamtaufnahmen kaum übersteigt. *St.* nähert sich damit der Ansicht von *Kraepelin*.

e) Dementia praecox.

Arnemann (3) hat auf 47 Seiten für den praktischen Arzt eine kurze und leidlich ausführliche Zusammenstellung gegeben über Wesen, Verlauf etc. der Dementia praecox.

Deroubaix (17) hat in dreiviertel seiner Fälle Störungen gefunden seitens der Reflexe, Sensibilität etc. Meist seitens der Sensibilität, aber

auch der Motilität. Dabei scheine die Form der Erkrankung und das Alter des Patienten keinen besonderen Einfluß auf die Häufigkeit dieser Störungen auszuüben.

Linguerri (34a) analysiert Schrift und Sprache oder Sprechweise bei einem Falle von Dementia praecox. *(Ganter.)*

Seiffer (59) bringt uns hier einen ausführlichen Bericht über die Geschichte der Stupidität, beginnt mit Felix Plater. Namentlich gibt er uns einen genauen Einblick in den lehrreichen Streit zwischen *Baillarger* und *Dalasianne* nebst ihren Anhängern, der hauptsächlich durch die dadurch verursachte psychopathologische Differenzierung von größerer wissenschaftlicher Bedeutung geworden ist. *S.* steht nicht an, diesen Streit auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten zu den historischen Denkwürdigkeiten der Psychiatrie zu rechnen, wie auf dem Gebiete der Behandlung der Geisteskranken die Tat *Pinels* und *Conollys*, denn „von da ab datieren eigentlich erst die in der modernen Psychiatrie zu einem ersten Prinzip erhobenen Forschungsbestrebungen". — Die Stupidität, als besondere Krankheitsform im Anfang des vorigen Jahrhunderts aufgestellt, kam durch *Baillargers* Autorität wieder in Vergessenheit. Später wieder in den klinischen Formenschatz aufgenommen und anerkannt, soll sie jetzt wieder den klassifikatorischen Bestrebungen einzelner zum Opfer fallen. *S.* stellt weitere Untersuchungen in Aussicht darüber, ob es tatsächlich in der Psychopathologie Krankheitserscheinungen gibt, welche dem in der Historik verschiedentlich zum Ausdruck gebrachten Begriff der Stupidität entsprechen, ob ihm ev. eine besondere nosologische Stellung gebührt, und ob sie eine wohlcharakterisierte Krankheitseinheit darstellen. Auf alle Fälle handelt es sich um ein interessantes Krankheitsgebiet, dessen Diskussion zur Aufstellung der Amentia, des halluzinatorischen Irreseins oder der akuten halluzinatorischen Paranoia Veranlassung gegeben hat. Denn entwickelungsgeschichtlich gesprochen ist die Stupidität (Dementia praecox) die Mutter der Amentia.

White (72) bezweckt mit seiner kleinen Abhandlung die Aufmerksamkeit auf die körperlichen Begleiterscheinungen der Dementia praecox zu richten in der Annahme, daß dieselben vielfach die psychischen Symptome bedingen.

f) Sonstige Störungen.

Fels (23) bringt hier 3 Fälle von Inkohärenz mit Erregung mit Ausschluß anderer den Krankheitsbildern der Manie, Amentia, katatonischen Erregungszuständen eigentümlichen Krankheitserscheinungen. Die Inkohärenz ist eine primäre, Erinnerungsdefekte bleiben nicht zurück.

Levassort (34) teilt 4 Fälle mit von plötzlich einsetzenden Erregungs- und Verwirrtheitszuständen mit allen Zeichen der Hydrophobie mit Ausgang in Genesung in sehr kurzer Zeit. Um Hundswut handelt es sich jedenfalls nicht.

Marie (39) beschäftigt sich hier nicht nur mit der Dementia praecox, sondern mit allen Formen des erworbenen Blödsinns. Er bringt eine Menge historischer Notizen, legt viel Gewicht auf die pathologische Anatomie, räumt auch psychologischen Betrachtungen ein weites Feld ein. Er beruft sich übrigens fast ausnahmslos nur auf die französische Literatur.

Bei *Mourek* (40) handelt es sich um 6 Geschwister, 2 Brüder und 4 Schwestern. Vater Potator, Mutter litt an Melancholie. Außerdem kamen noch mehrfach Fälle von Trunksucht und Selbstmord in der Verwandtschaft vor. Die 6 Geschwister waren bisher gesund geblieben. Das jüngste damals 20jährige Kind besuchte den Wallfahrtsort Suchdol in Böhmen. Dort plötzlich an religiösen Delirien und Halluzinationen erkrankt. Hysterie nicht vorhanden. Nachdem sie nach Hause zurückgekehrt, erkrankten innerhalb weniger Tage alle übrigen Geschwister an denselben Wahnideen und Halluzinationen. Während die übrigen Geschwister rasch genasen, blieb die Ersterkrankte 1/2 Jahr krank.

Rauschke (53) schließt sich *Ziehen* an, der impulsive Handlungen als solche definiert, „welche ohne Motivierung durch normale und pathologische Affekte, Empfindungen oder Vorstellungsreihen und insofern zwangsmäßig, aber ohne begleitendes Bewußtsein ihrer Krankhaftigkeit auftreten und eine intakte Erinnerung und ein normales retrospektives Krankheitsbewußtsein hinterlassen.“ Bei den impulsiven Handlungen ist das Spiel der Motive ausgeblieben. Ein psychiatrisch völlig feststehender Krankheitsbegriff ist das impulsive Irresein zurzeit noch nicht. Auch *R.* verlangt, daß die impulsiven Handlungen im Vordergrund des Krankheitsbegriffes stehen müssen. Bei dem hier beschriebenen Fall von *R.* handelt es sich um einen Poriomanen, einen Soldaten, der ohne nachweisbare Ursache, auch ohne besondere krankhafte Verstimmung, den Dienst plötzlich verläßt. Derselbe hatte vor 3 Jahren bereits einen ähnlichen Anfall gehabt. Damals war aber eine gemütliche Verstimmung vorhanden gewesen. An dem impulsiven Charakter der Handlung war in beiden Fällen nicht zu zweifeln. *R.* möchte sich der Ansicht von *Heilbronner* anschließen, daß, nachdem es einmal auf dysphorischer Grundlage zu einer impulsiven Handlung gekommen ist, es später immer nur mehr eines kleinen Anstoßes zum Auslösen eines solchen Zustandes bedarf. *R.* glaubt, daß man später die Begriffe des impulsiven Irreseins ganz fallen lassen und die impulsive Handlung als das Symptom erblich-degenerativer Konstitution oder sonstiger nervöser Disposition auffassen wird.

Serbsky (60) glaubt, daß es zwischen Melancholie, Manie, Paranoia und Amentia Übergänge gibt, daß gewisse Krankheiten eigentlich zu zwei Klassen gehören. Er spricht demnach von einer Vésanie mélancolique, einer Kombination von Melancholie und Paranoia, einer Halluzinose aigue ou vésanie hallucinatoire, wo Delirien und Hallucinationen bestehen, — vésanie néuralgique, der Dysphrenia neuralgica nach *Schüle*, — und der vésanie maniaque, einem Mittelding zwischen Manie und Amentia.

3. Neurosen und Schilddrüsen-Erkrankungen.

Referent: Alt-Uchtspringe.

a) Epilepsie.
b) Hysterie.
c) Neurasthenie.
d) Schilddrüsen-Erkrankungen.

a) Epilepsie.

1. *Arsimoles,* Grossesse et puerpéralité chez une épileptique atteinte de chorée ancienne; Arch. d. Neurologie, 1906, Mars. (S. 117.)
2. *Aschaffenburg,* Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker; Halle a. S., Carl Marhold, 1906. (S. 118.)
3. *Aubry* et *Lucien,* Imbécillité et épilepsie consécutives à un kyste Hydatique de la dure-mère à parois ossifiées; Arch. d. Neurologie, 1906, Février. (S. 116.)
4. *Bernhardt,* Beitrag zur Lehre vom status hemiepilepticus; Berl. Klin. Wo., 1906, Nr. 45. (S. 117.)
5. *Besta,* Ricerche sopra la pressione sanguigna, il polso e la temperatura degli epilettici; Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXXII, fasc. 1. 2.
6. *Besta,* Sopra il significato e la frequenza delle manifestazioni emilaterali nell'epilessia essenziale; ibidem, Vol. XXXII, 3. 4. (S. 117.)
7. *Besta,* Ricerche sopra il potere coagulante del sangue negli epilettici; Riforma medica, 1906, Nr. 43. (S. 116.)
8. *Bökelmann,* Über die Behandlung des status epilepticus und von Zuständen verwandter Art; Therap. Monatshefte, 1906, November.
9. *Bonhoeffer,* Bedeutung der Jacksonschen Epilepsie für die Diagnostik der Hirnerkrankungen; Vortrag in der schlesischen Gesellschaft f. vaterländ. Kultur in Breslau, Sitzung v. 18. Mai 1906, Deutsch. med. Wo. 1906, Nr. 34. (S. 117.)
10. *Bratz* und *Leubuscher,* Epilepsie mit Halbseitenerscheinungen; Neurolog. Zentralblatt, 1906, Nr. 16. (S. 117.)
11. *Buschan,* Die Epilepsie; Leipzig, Benno Konegen, 1906, M. 1,40. (S. 116.)

12. *Ceni*, Nuove ricerche sulla natura dei principi tossici contenuti nel siero di sangue degli epilettici; Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXXII, fasc. 3. 4. (S. 116.)
13. *Chotzen*, Mischzustände bei Epilepsie und Alkoholismus; Zentralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, XXIX. Jahrgang, Nr. 207, als Vortrag ref. in dieser Ztschr., Bd. 63, Heft 2. (S. 118.)
14. *Deyay*, Les convulsivants dans l'épilepsie; Lyon médical, 8. avril 1906, pag. 718. (S. 119.)
15. *Eulenburg*, Über einige neuere Methoden der Epilepsiebehandlung; Ther. d. Geg., 1906, Heft 11 (Nov.).
16. *Frey* und *Fuchs*, Reflexepilepsie bei Ohren- und Nasenerkrankungen; Arbeiten aus d. neurolog. Iustitute an d. Wiener Univers., offizielles Referat vom April 1906. (S. 117.)
17. *J. Hoppe*, Die Anwendung des Proponals bei der Behandlung von Epileptikern; Psych.-neurol. Wo., 1906, Nr. 6. (S. 119.)
18. *J. Hopve*, Die Beziehungen d. Bromwirkung zum Stoffwechsel der Epileptiker; Neurolog. Zentralblatt, 1906, Nr. 21. (S. 116.)
19. *Kellner*, Die Erfolge der Opium-Brom-Kur bei der Epilepsie; Münch. med. Wo., 1906, Nr. 48. (S. 119.)
20. *Kovalesky*, L'épilepsie et la migraine; Arch. de neurolog., Vol. XXI, Nr. 125, pag. 365. (S. 118.)
21. *Levi-Bianchini*, Epilessia catameniale; Arch. di Psych., med. legale ed antropologia criminale, XXVII, 4. 5. (S. 118.)
22. *Lomer*, Witterungseinflüsse bei sieben Epileptischen; Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr., Bd. 41, Heft 3. (S. 117.)
23. *McDougall*, A case of senile Epilepsy treated with Potassium Jodide; Medical Cronicle, May, 1906. (S. 118.)
24. *Morselli* e *Pastore*, Le modificazioni qualitative e quantitative delle cellule eosinofile nel sangue degli epilettici; Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXXII, 1. 2.
25. *Plavec*, Kleine motorische Epilepsie; Neurolog. Zentr., 1906, 3—5. (S. 118.)
26. *Räcke*, Zur Symptomatologie des epileptischen Irreseins, insbesondere über die Beziehungen zwischen Aphasie und Perseveration; Arch. f. Psychiatrie u. Nerveukr., Bd. 41, Heft 1. (S. 118.)

27. *Redlich,* Über Halbseitenerscheinungen b. d. genuinen Epilepsie; Arch. f. Psychiatrie und Nervenkr., Bd. 41, Heft 2. (S. 117.)
28. *Redlich,* Bemerkungen zur Ätiologie der Epilepsie; Wiener med. Wo., 1906, Nr. 22 u. 23. (S. 116.)
29. *Redlich,* Die Behandlung d. Epilepsie, Vortrag; Deutsche med. Wo., 1906, Nr. 37. (S. 119.)
30. *Ricci,* Studio critico sopra 393 casi di epilessia; Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXXII, fasc. 3. 4. (S. 116.)
31. *Rinne,* Operative Behandlung d. genuinen Epilepsie; Deutsche med. Wo., 1906, Nr. 36. (S. 119.)
32. *Runge,* Die Therapie d. genuinen Epilepsie nebst einem Anhang über die Therapie der übrigen Epilepsieformen mit Berücksichtigung der Literatur der letzten 15 Jahre; Zentralblatt f. d. gesamte Therapie, XXIV. Jahrgang, 1906, Heft 5 u. 6. (S. 119.)
33. *Sala,* Sull'anatomia pathologica dell'epilessia; Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XXXII, fasc. 3. 4. (S. 116.)
34. *Schirbach,* Beitrag zur Opium-Brom-Behandlung d. Epilepsie nach Flechsig (Ziehensche Modifikation); Arch. f. Psych. u. Nervenkr., Bd. 41, Heft 2. (S. 119.)
35. *Schuckmann,* Kritisches und Experimentelles zur Toxinhypothese der Epilepsie; Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog., Bd. XIX, Heft 4. (S. 116.)
36. *Siebold,* Statistischer Beitrag zur Ätiologie d. Epilepsie; Psych.-neurolog. Wo., 1906, Nr. 18. (S. 116.)
37. *Thalwitzer,* Epileptiker als Autofahrer; Münch. med. Wo., 1906, Nr. 37. (S. 118.)
38. *Toulouse* et *Marchand,* Anomalie médullaire et demence chez une épileptique; Revue de Psych., 1906, Nr. 9. (S. 116.)
39. *Urbantschitsch,* Über Reflexepilepsie; Wiener klin. Wo., 1906, Nr. 39. (S. 117.)
40. *Voisin* et *Rendu,* Nouvelles recherches sur le traitement de l'épilepsie par la bromuration avec ou sans déchloruration; Arch. d. neurolog., Vol. XXII, Nr. 129, pag. 161. (S. 118.)
41. *Volland,* Geburtsstörungen u. Epilepsie; diese Ztschr., Bd. 63, Heft 5. (S. 116.)

Buschan (11) hat in den von *Flatau* redigierten „Einzeldarstellungen der wichtigsten Nervenkrankheiten für den prakt. Arzt“ die Epilepsie behandelt und in kurzen Zügen einen Überblick über unsere heutige Kenntnis von der Epilepsie gegeben, der zur schnellen und oberflächlichen Orientierung empfohlen werden kann. Das Bändchen ist durch ein 40 Seiten umfassendes Bücherverzeichnis des Verlages recht umfangreich geworden.

Ricci (30) gibt in einer äußerst fleißigen und sorgfältigen Arbeit eine alle wichtigen Punkte berührende Synopsis über 393 von ihm selbst genau beobachtete Fälle; darunter sind einige recht interessante.

Die Statistik von *Siebold* (36) umfaßt 913 Epileptiker, die während der letzten 7 Jahre in die Anstalt Uchtspringe aufgenommen wurden. 55,2% davon sind erblich belastet zumeist im Sinne der gekreuzten Vererbung. Erworbene Ursachen finden sich in 30%, davon in 16% Infektionskrankheiten.

Die Ätiologie wird behandelt von *Redlich* (28) und *Volland* (41). Ersterer bespricht einige seltene ätiologische Momente an der Hand von selbst beobachteten Fällen, darunter 7mal Schwangerschaft, 2mal Tänie, 2mal Arteriosklerose (E. tarda) und 2mal Impfung. *Volland* verbreitet sich über Geburtsstörungen, namentlich Zangenwirkungen auf den Kopf; diese spielen nach ihm eine untergeordnete Rolle in der Ätiologie, aber in einer kleinen Anzahl von Fällen schuldigt er voraufgegangene Geburtsstörungen als vorbereitende Ursache für spätere Epilepsie an.

Die pathologische Anatomie ist durch 3 Arbeiten vertreten: *Sala* (33) berichtet über eine reiche Ausbeute, fügt aber hinzu, daß alles, was er gesehen habe, nicht als spezifisch für Epilepsie betrachtet werden könne. *Aubry* und *Lucien* (3) fanden in einem klinisch beobachteten Falle einen ausgedehnten rechtsseitigen ossifizierten Cysticercus, welcher nach Ansicht der Verfasser 30 Jahre bestand. *Toulouse* und *Marchand* (38) vermelden exzessive Heterotopie des Rückenmarkes. Die beigegebenen Abbildungen erwecken dem Ref. Verdacht auf Kunstprodukt.

Bezüglich der Blutuntersuchungen ist zu erwähnen, daß *Ceni* (12) in einer weiteren Arbeit seine bekannte Serum-Toxin-Hypothese zu stützen versucht hat. *v. Schuckmann* (35) ist in eine Nachprüfung der *Ceni*schen Versuche eingetreten und kommt zu dem Schluß, daß die Theorie desselben bis auf weiteres als eine bisher jeder exakten experimentellen Grundlage entbehrende Hypothese angesehen werden müsse. — *Besta* (7) fand im Blute von Epileptikern oft Mangel an Kalksalzen. Nach seinen Untersuchungen zeigt das Blut desselben Kranken immer die gleiche Zusammensetzung, die unabhängig ist von epileptischen Anfällen.

Hoppe (18) berichtet über die Beziehungen der Bromwirkung zum Stoffwechsel der Epileptiker. Er erörtert eingehend, wie der Ersatz der Chlorsalze durch die Bromide sich im Körper vollzieht, und welche Abweichungen von der Norm die Salzstoffwechselvorgänge erleiden durch interkurrente Fiebererkrankungen, namentlich durch die Pneumonie, welche wiederum anders wirkt als manche Streptococceninfektionen (Erysipel, Schar-

lach). Er verlangt, daß in allen Fällen von Epilepsie die Nierenfunktion bezüglich Salzausscheidung vor Beginn jeglicher Behandlung geprüft werde. Die genaueren Verhältnisse sind im Original nachzulesen.

Über Reflexepilepsie ist von *Frey* und *Fuchs* (16) eine Arbeit erschienen, die nicht nur klinische Fälle, sondern auch Tierexperimente berücksichtigt. Ferner hat *Urbantschitsch* (39) den Gegenstand behandelt; er grenzt an der Hand von Krankengeschichten den Begriff der Reflexepilepsie ab gegen die genuine Epilepsie mit reflektorisch auslösbaren Anfällen.

Die Halbseitensymptome bei der Epilepsie erfahren mehrfache Bearbeitung; *Bernhardt* (4) beobachtete einen Fall von status hemiepilepticus, er vermutete Hirnabszeß und ließ trepanieren; aber weder bei der Operation noch bei der Autopsie fand sich eine Ursache; es war nach Ansicht des Verfassers eine einfache genuine Epilepsie mit Halbseitenerscheinungen gewesen. Über die Krankengeschichte eines ähnlichen Falles berichtet *Bonhoeffer* (9): nach den klinischen Symptomen hatte er einen lokalisierten organischen Befund erwarten können, aber weder die Operation noch die Sektion brachte eine Bestätigung dieser Annahme. *Redlich* (27) hat bei 30--40% der zahlreichen von ihm untersuchten Fälle genuiner Epilepsie hemiparetische Erscheinungen, wenn auch zum Teil sehr geringer Art, gefunden. Er hält diese positiven Befunde für Zeichen einer Hemisphärenläsion und plädiert für organische Pathogenese der sogenannten genuinen Epilepsie. Auch *Bratz* und *Leubuscher* (10) sprechen sich auf Grund ihrer Beobachtungen über hemilaterale Symptome und Befunde in diesem Sinne aus; sie liefern mit ihrer Arbeit einen kasuistischen Beitrag zu den z. Zt. bestehenden Bestrebungen, die epilepsia idiopathica auf anatomische Veränderungen im Hirn zurückzuführen. Schließlich hat *Besta* (6) sorgfältige und umfangreiche Erhebungen angestellt; so legte er z. B. Differenzen der Gesichtshälften zahlenmäßig fest, indem er von der Mitte des Kinns, die er mit dem Dermatographen bezeichnete, bis zum Ohre maß und dabei nicht selten Unterschiede von mehreren Zentimetern nachweisen konnte. Auch er kommt zu dem Schluß, daß eine große Anzahl von Epileptikern zweifellose Zeichen funktioneller Asymmetrie zeigt, die auch in den anfallsfreien Zeiten vorhanden sind. Der initiale Schrei findet sich seinen Beobachtungen nach nur in den Fällen, wo Asymmetrie zu Ungunsten der rechten Seite besteht.

Eine Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit der allgemeineren Nosologie resp. Symptomatologie: *Lomer* (22) hat an 7 Epileptikern während eines Vierteljahres die Abhängigkeit der Anfälle von Witterungseinflüssen untersucht. Zahl der Kranken und Zeitraum der Beobachtung sind viel zu klein; von anderer Seite liegen ja doch jahrelange Beobachtungen an Hunderten von Fällen vor. *Arsimoles* (1) berichtet über Gravidität, Entbindung und Wochenbett bei einem an Epilepsie und Chorea electrica leidenden Mädchen. Sämtliche Erscheinungen der genannten Krankheiten zessierten während der ganzen mehrere Tage lang dauernden Austreibungsperiode vollständig, um nach dem Partus langsam wieder zu erscheinen.

Levi-Bianchini (21) teilt folgenden Fall mit: Eine gesunde 31jährige Frau wird von ihrem Mann beim Ehebruch ertappt. Von dem Moment an erlischt die Menstruation vollständig und für immer; an ihre Stelle treten in regelmäßigen vierwöchigen Zwischenräumen typische epileptische Anfälle. Lues wird ausgeschlossen. *Kovalesky* (20) erörtert Epilepsie und Migräne. Er tritt ein für den genetischen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen an der Hand einer Krankengeschichte. Die Patientin, von der berichtet wird, ist eine wirkliche Epileptische; die bei ihr vorkommenden Migräneanfälle sind nur ein Symptom ihrer Epilepsie. Wenn man das unterscheidet, nämlich zwischen der Krankheit Migräne und den als Symptom bei Epilepsie vorkommenden Migräneanfällen, so kann man mit *Möbius* in dieser ganzen Frage sehr wohl anderer Ansicht sein. Insbesondere möchte Ref. der Behauptung *Kovaleskys* nicht zustimmen, daß die Eltern von Epileptischen „très souvent" mit Migräne behaftet seien. Es kommt dies vielmehr äußerst selten vor, wie Ref. auf Grund jahrelanger anamnestischer Erhebungen diesbezüglicher Art erfahren hat. *Plavec* (25) berichtet über einen Fall von Epilepsie mit abortiven, rudimentären und großen Anfällen. Die großen werden der idiopathischen, die anderen beiden der reflektorischen Epilepsie zugerechnet.

Die psychischen Begleiterscheinungen der Epilepsie werden besprochen von *Räcke* (26), der sich über das epileptische Irresein, insbesondere über die Beziehungen zwischen Aphasie und Perseveration verbreitet, ferner von *Aschaffenburg* (2): Stimmungsschwankungen, schließlich von *Chotzen* (13): Mischzustände bei Epilepsie und Alkoholismus. Die Arbeiten eignen sich nicht zum kurzen Referat und sind empfehlenswert, im Original nachgelesen zu werden.

Die gesetzliche Seite des Themas wird berührt von *Thalwitzer* (37). Dieser hat in der Praxis zwei Fälle erlebt, in denen epileptische Automobilselbstfahrer während der Fahrt Bewußtseinsstörungen erlitten und infolgedessen verunglückten. Er erhebt die Forderung, daß Epileptikern von Gesetzes wegen das Steuern von Automobilen untersagt werden sollte.

Groß ist die Zahl derjenigen Arbeiten, welche sich mit der Therapie der Epilepsie beschäftigen. *Voisin* und *Rendu* (40) empfehlen auf Grund von Versuchen an 12 Epileptikern bei genuiner Epilepsie mit vielen Anfällen hohe steigende Gaben von Bromkali (bis 12 Gramm), dabei abwechselnd gewöhnliche und salzarme Kost, letztere mit jedesmaligem Absetzen des Bromsalzes. Dabei wollen sie gute Erfolge gesehen und Bromintoxikation vermieden haben. Die Verordnung von 12 Gramm Bromkali pro die und dann die plötzliche Absetzung dieser Medikation erscheint dem Ref. doch etwas reichlich gewagt. Vielleicht studieren die Verfasser einmal die einschlägige ausländische Literatur, in welcher alle therapeutischen Faktoren, wie Kost, Bromgaben usw., bezüglich ihrer Wirkung auf die Zahl der Anfälle festgelegt sind. *McDougall* (23) teilt einen Fall von seniler Epilepsie mit, bei welchem Bromkali nutzlos war, dagegen Jodkali die Anfälle prompt zum Schwinden brachte. Über eine Reihe günstiger Erfolge mit der Opium-Brombehandlung nach *Flechsig* berichten *Schierbach* (34), welcher den Nutzen der *Ziehen*schen

Modifikation betont, und *Kellner* (19). *Deyay* (14) empfiehlt, anfallauslösende Mittel, vor allem extractum belladonnae, denjenigen Epileptikern zu geben, welche wenig von Anfällen, aber dafür umso häufiger von unangenehmen epileptischen Äquivalenten psychischer Art heimgesucht werden. Diese Ableitungstherapie ist nicht neu und dürfte sich nach Ansicht des Ref. auch heute noch in manchem Falle von derartiger Epilepsie als nützlich erweisen. *Hoppe* (17) sah gute Erfolge vom Proponal bei Schlaflosigkeit der Epileptiker. Das Mittel ist in Wasser bekanntlich fast unlöslich. *Hoppe* konnte es in schwach alkalischem Wasser leicht auflösen und per rectum appliziert gut zur Resorption bringen. Über einen chirurgischen Erfolg berichtet *Rinne* (31); er erzielte durch Rindenexzision zwar nicht Heilung, aber doch weitgehende Besserung in einem Falle mit eng begrenzten Hirnherdsymptomen. Das Gesamtgebiet der Therapie (inkl. chirurgische Methoden) wird abgehandelt in zwei Arbeiten: Die eine, ein Sammelreferat, ist von *Runge* (32), sie enthält ein ausführliches Literaturverzeichnis; die andere stammt von *Redlich* (29) und sei ebenfalls bestens empfohlen. Vermißt wird in beiden Arbeiten nur die kombinierte Behandlung mit Jod- und Bromsalzen, sowie die mit Jodsalzen allein in den besonders dafür geeigneten Fällen.

b) Hysterie.

1. *Aschaffenburg,* Die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten; Münch. med. Wo., 1906, Nr. 37, Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psych. Nr. 218 (Sitzungsbericht) und Neurolog. Zentralbl. Nr. 13 (Sitzungsbericht). (S. 122.)
2. *Babinski,* La conception moderne de l'hystérie; la Tribune méd., 36/37. (S. 124.)
3. *Bleuler,* Freudsche Mechanismen in d. Symptomatologie von Psychosen; Psych.-neurol. Wo., 34/36. (S. 123.)
4. *Blum,* Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques; Paris, chez O. Doin, 1906.
5. *v. Boltenstern,* Zur Behandlung hysterischer Erscheinungen mit Bornyval; Deutsche Ärzteztg. Nr. 24. (S. 124.)
6. *Bregman,* Über Farbensehen u. Farbenblindheit bei Hysterie; Neurolog. Zentralbl., 24. (S. 124.)
7. *Bumke,* Über Pupillenstarre im hyst. Anfall; Münch. med. Wo., 16. (S. 123.)
8. *Buvat,* L'érotisme dans l'hystérie; Rev. de Psych. Tom. X, 6. (S. 123.)
9. *Comby,* Fièvre hystérique chez l'enfant; Bull. méd., 20. année, Nr. 36. (S. 123.)

41. *Spielmeyer,* Referat über Freud: Bruchstücke einer Hysterieanalyse; Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. XVII, Nr. 211. (S. 122.)
42. *Strümpell,* Über das sog. hysterische Fieber; Deutsche Ztschr. f. Nerv. XXX, 3. 4. (S. 123.)
43. *Terrieu,* Accidents hystériques d'imitation; Progr. méd. année 35. 10. (S. 123.)
44. *Vogt,* Die hysterischen Dissoziationen im Lichte der Lehre von der Energieabsorption; Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. XVII, pag. 249. (S. 124.)
45. *Westphal,* Über hysterische Kontrakturzustände äußerer Augenmuskeln in einem Falle traumatischer Psychoneurose; Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. XVII. 1906, pag. 698, referiert in dieser Ztschr., 63. Bd. pag. 736. (S. 123.)
46. *Wilms,* Heilung hyst. Kontrakturen durch Lumballähmung; Deutsche med. Wo., Nr. 24. (S. 124.)
47. *Ziehen,* Organische, peripherische und hysterische Facialislähmung; Med. Klin., 25. (S. 123.)

Die seit dem Jahre 1893 von *Freud* (16) erschienenen Schriften sind gesammelt in Buchform herausgekommen. *Freud* gibt darin nach einer dem Andenken *Charcots* gewidmeten Arbeit in erster Linie die durch ihn selbst aufgestellte Lehre vom psycho-sexuellen Trauma bei den Neurosen, insbesondere bei der Hysterie, wieder. Verf. führt jede Hysterie auf ein solches Trauma (auch in frühester Jugend liegend) zurück. In einer Arbeit ist speziell seine Methodik der Psychoanalyse niedergelegt. Es fehlt der Aufsatz: Bruchstück einer Hysterieanalyse, der, wie die ganze Theorie überhaupt, besonders den gegnerischen Angriffen ausgesetzt war. So wendet sich *Aschaffenburg* (1) gegen diese Hysterielehre; er bezweifelt, daß man für die Neurosen psychosexuelle Traumen allein verantwortlich machen kann, lehnt für viele Fälle diese Ätiologie überhaupt ab und sieht in der Art der Psychoanalyse, vor allem im sogenannten Wachtraum, eine nicht geringe Gefahr, besonders für junge Individuen. Auf der anderen Seite erkennt er das Verdienst *Freuds* an, erneut darauf aufmerksam gemacht zu haben, daß man bei Hysterischen eine genaue und umfassendeUntersuchung anstellen muß. Nur soll das Ziel einer solchen Analyse nicht unbedingt das Sexualleben sein. Schärfer noch lehnt *Spielmeyer* (41) die *Freud*sche Theorie ab und geht so weit, daß er derartige Untersuchungen überhaupt wissenschaftlich nicht ernst nehmen will. Dagegen vertritt *Jung* (23) den *Freud*schen Standpunkt und wirft *Aschaffenburg* vor, daß er wahrscheinlich garnicht die Methode eingehend versucht habe. Er schränkt *Freuds* Theorie etwas ein, und zwar dahin, daß er sagt:

nicht alle Hysteriefälle, sondern nur eine vor der Hand unbeschränkt große Anzahl stammt aus sexueller Wurzel. Ebenso verteidigt *Bleuler* (3) die *Freud*sche Theorie.

Eine ganz anders geartete Auffassung der Hysterie bietet *Kronthal* (24). Er sagt, H. ist keine Nervenkrankheit, sondern eine leicht wechselnde krankhafte Reaktion der das Individuum konstituierenden Zellen, denn die Hysteriesymptome beschränken sich nicht auf ein anatomisch abgrenzbares Nervengebiet; die Nerven brauchen also nicht erkrankt zu sein.

Vogt (44) analysiert die Hysterie rein psychologisch. Die Beharrlichkeit der hysterischen Erscheinungen ist nach ihm durch die Dürftigkeit der Assoziazionen bedingt; die hysterischen Vorgänge überhaupt finden bei eingeschränktem Bewußtseinsfelde statt.

Die Frage, ob Erkrankungen der Geschlechtssphäre, die häufig bei Hysterischen vorkommen, als ätiologisch für die Neurose aufzufassen seien, wird von *Meyer* (32), *Buvat* (8) und *Diepgen-Schröder* (12) verneint. Die letzteren beiden (12) betonen die Möglichkeit der Hysterie auslösenden Kraft von Genitalerkrankungen.

Als Beiträge zur Kasuistik der die Hysterie begleitenden körperlichen Erscheinungen ist eine Reihe von Arbeiten erschienen: *Bumke* (7) sagt, bei Hysterie kommt niemals *Argyll-Robertson*sches Symptom vor, sondern nur absolute Pupillenstarre, die aber nicht die differenzial-diagnostische Bedeutung hat wie die isolierte Lichtstarre. *Jesas* (22) beobachtete skoliotische (dabei eine Krümmung ohne Gegenkrümmung) und kyphotische Verbiegungen der Wirbelsäule. *Ziehen* (47), *Westphal* (45) und *Sachs* (36) berichten über Lähmungen im Bereich des Kopfes, *Hennecke* (19) über Schüttelbewegung des Kopfes. *Schütte* (39) veröffentlicht eine neue Form hysterischer Zustände: endemisch auftretende Zitterbewegungen bei Schulkindern. *Terrieu* (43) betont die Neigung der Hysterischen zu Nachahmungen (mehrere Fälle von Lähmungen, Polyurie und unstillbarem Erbrechen). *Curschmann* (11) demonstriert einen Fall von pseudospastischer Parese mit Tremor und hält die Erscheinungen für rein hysterisch. *Hüttenbachs* (20) Fälle illustrieren, daß Hysterie neben bestehender organischer Erkrankung des Nervensystems vorkommt. *Remak* (35) bespricht einen Fall von hysterischen Krämpfen der oberen Extremitäten. *Lesser* (25) demonstriert eine Hysterische, die sich Hautverschorfungen mit Säure beigebracht hat, und schließt daran analoge Fälle aus der Literatur. *Goebel* (17) zeigt ein junges Mädchen, das nach einer mit *Bier*scher Stauung behandelten Glassplitterverletzung monatelang ödematöse Anschwellungen des linken Armes und Temperaturanstieg durch Konstriktion künstlich erzeugt habe. Die Frage, ob es hysterisches Fieber gibt, wird verneint von *Strümpell* (42) [— das hysterische Fieber ist für die Schlauheit der Hysterischen rühmlicher, als für das Beobachtungstalent der Ärzte —], bejaht von *Comby* (9) und von *Goldflam* (18). Letzterer erklärt mit *Binswanger* das Fieber durch Einwirkung kortikaler bzw. psychischer Reizvorgänge auf infracortikale Thermozentren. — *Mathieu* allein (31) und

Mathieu mit *Roux* (29) äußern sich über gastrische Erscheinungen bei der Hysterie und führen sie auf Suggestibilität zurück. *Schlesinger* (38) hat hysterische Pseudoosteomalacie beobachtet, die anzunehmen ist bei fehlender Knochendeformität und wenn die Schmerzen und die Funktionsbehinderungen jäh wechseln.

Eine Reihe von Arbeiten beschäftigt sich lediglich mit den psychischen Erscheinungen bei Hysterie: *Ingegnieros* (21) bespricht das Verhalten der Hysterischen zur Musik; *Finder* (14) demonstriert einen 30jährigen Mann mit eigentümlicher, wahrscheinlich hysterischer Sprachstörung. *Bregmann* (6) führt einen seltenen Fall von partieller Farbenblindheit (Blaublindheit) kombiniert mit Farbensehen (Gelbsehen) bei traumatischer Hysterie näher aus, ferner einen zweiten Fall mit einfachem Rotsehen. *Fischer* (15) bringt zwei Fälle von hysterischer Dysmegalopsie, von denen wegen verschiedenartiger nebenhergehender Halluzinationen der eine als kortikalen, der andere als transkortikalen Ursprungs bezeichnet wird. *Specht* (40) plädiert für Aufrechterhaltung des Begriffes Hystero-Melancholie. *Dreyfus* (13) berichtet über die sehr interessante Krankengeschichte eines 37 Jahre lang beobachteten Hysterikers, der fast sämtliche Symptome überhaupt vorkommender geistiger Störungen inkl. Halluzinationen nach und nach geboten hat, aber keine Abnahme der Intelligenz und der gemütlichen Regungen aufwies.

Was die Therapie anbelangt, so kommt *Curschmann* (10) zu dem Schluß, daß die sogenannten sensiblen Stigmata und motorischen Störungen große Bedeutung haben für das Ansetzen der Therapie. *Mme Lipinska* (26) betont den Wert der hypnotischen Suggestion, *Babinski* (2) den der „persuasion" und ev. der Hypnose; *Pitres* und *Cruchet* (33) haben in einem Falle von hysterischem Tic durch Hypnose Heilung erzielt, in einem anderen Falle dabei Mißerfolg gehabt. *Mathieu* und *Roux* (30) sagen, bei gastrischer Hysterie sei Isolierung das einzige Mittel, den Willen zu erziehen. *Sadger* (37) tritt für hydrotherapeutische Behandlung ein. *v. Boltenstern* (5) hat beruhigende Wirkung, von Bornyval bei Angst-, Aufregungs- und ähnlichen Zuständen gesehen. *Löhrer* (27) und *Wilms* (46) heilten hysterische Kontrakturen im Bereich der unteren Extremitäten durch Lumbalanästhesie. *Mainzer* (28) beschreibt drei Fälle von hysterischen Krampfanfällen bei Hunden.

c) Neurasthenie.

1. *Bing, R.*, Blutuntersuchungen an Nervenkranken. Berl. klin. Wochenschr. 36. (S. 128.)
2. *Birnbaum*, Verwendbarkeit des Hetralins gegen sexuelle Neurasthenie. Wien. klin. Rundsch. 5. (S. 128.)
3. *Bles, Ch.*, Elektromagnetismus. Zeitschr. f. physik. u. diät. Ther. X. 6. (S. 128.)
4. *Blumer, A. G.*, The Coming of Psychasthenia. Journ. of nerv. and mental Disease, Mai 1906. (S. 128.)

5. *Booth, D. S.*, Coitus interruptus and coitus reservatus as causes of profound neuroses and psychoses. Alienist and Neurologist. Nov. 1906, Nr. 4. (S. 128.)
6. *Cramer, A.*, Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung, Jena 1906. Gustav Fischer. (S. 126.)
7. *Crocqu, J.*, La neurasthenie vraie et les syndromes neurasthenieformes. Bullet. de la Soc. de medecine mentale de Belg. Dez. 1906. Nr. 130. (S. 127.)
8. *Dammann*, Die Impotenz und ihre Behandlung. Med. Klin. Nr. 32. (S. 128.)
9. *Donley, J. E.*, On Neurasthenia as a Disintegration of Personality. Journal of abnorm. Psychol. Juni 1906. (S. 127.)
10. *Drummond*, Neurasthenia. Brit. med. Journ. 2375. (S. 127.)
11. *Dunin, Th.*, Über den Begriff der Neurasthenie. Berl. klin Wochenschr. Nr. 39. (S. 127.)
12. *Freud, S.*, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus 1893—1906. Leipzig-Wien. Franz Deuticke, 1906. (S. 128.)
13. *Glorieux*, La neurasthenie chez les ouvriers. Bullet. de la Soc. de med. ment. de Belgique. Dez. 1905, Nr. 124. (S. 127.)
14. *Goett, Th.*, Über auffallende Resultate der Blutuntersuchung bei Nervösen. Münch. med. Wochenschr. 47. (S. 128.)
15. *Goldscheider*, Über Abgrenzung und Behandlung der Herzneurosen usw. Zeitschr. f. physik. u. diät. Therap., X. 7 und 8. (S. 127.)
16. *Hausschild*, Über Gleichgewichtsstörungen der Augen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27 (Sitzungsbericht).
17. *Hirsch, M.*, Über die Behandlung der Impotenz. Allg. med. Zentr.-Zeit. 21. (S. 128.)
18. *Ide*, Die Behandlung der Neurasthenie durch das Seeklima. Neurol. Zentralbl. 14. (S. 127.)
19. *Kaiserling, O.*, Über Nervosität im Anschluß an gynäkologische Operationen. Berl. klin. Wochenschr. 14. (S. 128.)
20. *King*, Tropische Neurasthenie. Journ. of. Americ. Assoc. 20.
21. *Mathieu u. Roux*, Neurasthenie und Dyspepsie junger Leute. Gaz. des hôp. 142.

22. *Möbius, P. J.*, Die Nervosität. Webers illustr. Katechismen, Leipzig. (S. 126.)
23. *Peritz, G.*, Über die Aetiologie und Therapie des neurasthenischen Kopfschmerzes, des neurasthen. Schwindels und der Migräne. Med. Klin. 44—47. (S. 127.)
24. *Peters,* Behandlung nervöser Leiden mit Bornyval. Münch. med. Wochenschr. 9.
25. *Popper,* Zur Behandlung der Impotenz beim Manne. Berl. klin. Wochenschr. 25. (S. 128.)
26. *Romberg, E.,* Bemerkungen über Neurasthenie und ihre klimatische und balneotherapeutische Behandlung. Deutsch. med. Wochenschr. 38. (S. 127.)
27. *Wollenberg, R.,* Über das psychische Moment bei der Neurasthenie. Deutsch. med. Wochenschr. 17. (S. 127.)
28. *Zabludowski, J.,* Zur physikalischen Therapie der habituellen Obstipation und der sexuellen Neurasthenie. Zeitschr. f. physik. diät. Ther. X, 4 u. 5. (S. 128.)

In seinem klargeschriebenen, mit zahlreichen und anschaulichen Krankengeschichten ausgestatteten Buche legt *Cramer* (6) seine eigenen Anschauungen über die nervösen Zustände unter dem Gesichtspunkte der Biogenhypothese *Verworns* und der Ansicht *Goldscheiders* über die Bedeutung der Reize in umfassender Weise nieder. Er reserviert die „Nervosität“ für Neurasthenie, endogene Nervosität und Hysterie. Mit der „endogenen Nervosität“ führt *C.* einen neuen Namen ein. Er definiert sie als die Krankheit unter den nervösen Störungen, bei welcher exogene Ursachen auf einen mehr oder weniger stark disponierten Boden treffen, um die Krankheit herbeizuführen. Auf zwei Abschnitte allgemeiner Natur über Ätiologie und Symptomatologie folgt als dritter Teil die spezielle Schilderung der drei oben genannten Krankheitsformen mit Krankengeschichten.

1. Neurasthenie (reine nervöse Erschöpfung ohne erbliche Belastung oder ausgesprochen endogene Symptome).

2. Sechs verschiedene Formen von endogener Nervosität und

3. die Hysterie. Daran schließt sich in ausführlicher Weise die allgemeine und spezielle Therapie. Sehr schätzenswert ist der Anhang, enthaltend eine Anleitung zur Untersuchung von Nervösen und einige Gesichtspunkte zur Begutachtung nervöser Patienten. Das *Cramer*sche treffliche Buch sollte in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen.

Von *Möbius'* (22) populär gehaltener Schrift ist die 3. Auflage erschienen, die die in den letzten 20 Jahren gemachten Fortschritte eingehend berücksichtigt, namentlich die Beziehungen des Alkohols zur Nervosität.

Wie *Cramer* (6) versteht auch *Romberg* (26) unter Neurasthenie nur einen Zustand von Erschöpfung des Zentralnervensystems, weil normale Zeiten der Ruhe zur Erholung nicht ausreichen. Als Therapie empfiehlt er Schonung mit angeschlossener Übung. Er geht auf die verschiedenen klimatischen und balneotherapeutischen Behandlungsarten ein. Das Seeklima, allerdings nur bei kunstgerechter Anwendung, empfiehlt *Ide* (18) und betont die günstige Beeinflussung der Gewebsatmung. Ebenso sieht *Crocqu* (7) die Neurasthenie als Erschöpfung bei nicht belasteten Individuen an, die heilbar ist. *Wollenberg* (27) schränkt ebenfalls den Begriff Neurasthenie ein und hält mit *Martius* für das Wichtigste „die spezifische neurasthenische Gefühlsbetonung bei chronischer nervöser Erschöpfung“. Von der Hypochondrie gehören nur diejenigen Fälle der Neurasthenie an, bei denen nosophobische Vorstellungen in den Vordergrund treten. Alle übrigen hypochondrischen Vorstellungen trennt er ab, ebenso die konstitutionelle Nervosität, Entartungszustände und angeborene psychopatische Zustände, wobei er fließende Übergänge nicht verkennen will.

Als psychischen Zustand sui generis betrachtet *Dunin* (11) die Neurasthenie. Hauptmerkmal ist die übertriebene Autoobservation, das in den Vordergrundstellen des „Ich“. Somatische Symptome, die Verfasser als „banale“ bezeichnet, läßt er als Begleiterscheinungen und auslösende Ursachen gelten. Störungen des Chemismus im Nervensystem und Dauerermüdung können nicht als alleinige Ursachen den psychischen Prozeß erklären. Die Behandlung hat vorwiegend psychisch zu sein. Einen Schritt weiter geht *Drummond* (10), der Neurasthenie als Geisteskrankheit oder wenigstens Gleichgewichtsstörung der Psyche auffaßt. Als „Disintegration of personality“ charakterisiert *Donley* (9) die Neurasthenie. „Jedermann hat seine eigene Persönlichkeit, ebenso hat jedermann seine eigene Neurasthenie“, ist der Hauptsatz. *Glorieux* (13) beleuchtet das häufige Auftreten der Neurasthenie bei Arbeitern und verteidigt die moderne Zivilisation gegen den Vorwurf, Ursache der Neurasthenie zu sein. *Goldscheider* (15) unterscheidet isolierte Herzneurose und Herzneurose bei allgemeiner Neurasthenie. Auch bei organisch Herzkranken kann sich Neurose finden (Neurasthenie durch Krankheits-Bewußtsein und -Gefühl). Er kommt auch auf die Ätiologie der Neurasthenie. überhaupt: „Erhöhte Reizbarkeit und erhöhte Erschöpfbarkeit“; auf einen gegebenen Reiz tritt eine abnorm starke Dissimilation ein (Verf. n. *Verworn*), deren Folge Erschöpfung sein muß. Bei der Therapie ist Hauptgesichtspunkt die Unterstützung der natürlichen Heiltendenz. Am besten geschieht dieses durch psychische Behandlung, die unterstützt werden kann durch physikalische, diätetische und medikamentöse Behandlung (warnt vor Morphium und Digitalis). In einem Anhang über „die Stimmung“ betont Verfasser die Wichtigkeit des Einflusses der Stimmung bzw. Hebung der Stimmung bei allen Krankheiten.

Peiritz (23) führt einen großen Teil der neurasthenischen Schwindel und der Migränen auf Myalgien im Cucullaris und Sternocleidomastoideus

zurück und hat nach wiederholten Injektionen von 2promilliger Kochsalzlösung alle Symptome schwinden gesehen.

Die Wirkung des Elektromagnetismus bei nervösen Beschwerden stellt *Bles* (3) auf dieselbe Stufe wie die der Galvanisation und Faradisation. Verfasser bespricht in der Arbeit auch die Physik des Elektromagnetismus.

Kaiserling (19) hebt das häufige Vorkommen von Neurosen nach gynäkologischen Operationen hervor. Die Prophylaxe liege häufig in der Hand des Operateurs.

Die sexuelle Neurasthenie bzw. die Impotenz hat *Dammann* (8) erfolgreich mit Yohimbin, *Birnbaum* (2) mit Hetralin, *Hirsch* (17) und *Popper* (25) mit Muiracithin bekämpft. *Zabludowski* (28) stellt das häufige Zusammentreffen von habitueller Obstipation mit sexueller Neurasthenie fest und empfiehlt seine Massagemethoden und bei Impotentia virilis seine Hyperämisierungsmethode des Penis mit Luftpumpen.

Nach *Booth* (5) können Coitus interruptus und Coitus reservatus ohne andere Ursachen schwere nervöse und psychische Störungen hervorrufen. Damit steht er auch auf einem ähnlichen Standpunkt wie *Freud* (12), der als Wurzel der meisten, ja aller Psychoneurosen ein psychosexuales Trauma finden will, und diese Ansicht in mehreren jetzt zusammengefaßten Arbeiten an der Hand von Beispielen und psychischen Analysen verteidigt.

Blumer (4) will für einen Teil der als Neurasthenie geltenden Fälle den von *Janet* eingeführten Namen „Psychasthenie" aufrecht erhalten und gibt von 50 Fällen seiner Beobachtung 11 eingehender wieder. Kurz zusammengefaßt: Der Psychastheniker ist ein Phantast und Träumer, neigt dazu, seine Gedanken zu objektivieren, ohne zu halluzinieren, und ist unfähig, den Anforderungen des Augenblicks zu begegnen.

Blutuntersuchungen hat *Bing* (1) bei Neurasthenikern, Hysterischen und Psychasthenikern gemacht und gefunden, daß bei diesen der Blutdruck keine wesentlichen Abweichungen von den Verhältnissen bei Gesunden zeigt, es sei denn ein Heranrücken an die Grenze des „Erlaubten", gibt die Versuchsanordnung in eingehender Weise wieder und beschreibt einige Ausnahmebefunde. *Goett* (14) hat bei vier neurasthenischen jungen Leuten eine Verminderung der roten Blutkörperchen auf 3½ ja 2½ Millionen im Kubikmillimeter bei normalem Hämoglobingehalt gefunden, glaubt aber, daß zufällige psychische Einflüsse beim Zustandekommen dieses Resultats eine Rolle gespielt haben.

d) Schilddrüsenerkrankungen.

1. *Alt, K.*, Ernährungstherapie bei Basedow. Münch. med. Wochenschr. 24. (S. 131.)
2. *Argutinsky, P.*, Ein Beitrag zur Kenntnis des congenitalen Myxödems und der Skelettwachstumsverhältnisse bei demselben. Berl. klin. Wochenschr. 37 u. 38. (S. 122.)

3. *Aronheim*, Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin Möbius. Wien. klin. Rundsch. Nr. 4 und Münch. med. Wochenschr. 32. (S. 132.)
4. *v. Boltenstern, O.*, Über Morbus Basedowii, Therapie und Behandlung. Würzb. Abhandl. VI, Heft 11. (S. 131.)
5. *Brugsch, Th.*, Die interne Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Therapie der Gegenwart Nr. 1. (S. 131.)
6. *Caro, L.*, Zur Pathogenese der Schilddrüsen-Erkrankungen. Wien. klin. Rundsch. 19/20. (S. 130.)
7. *Christiani u. Kummer*, Über funktionelle Hypertrophie überpflanzter Schilddrüsenstückchen beim Menschen. Münch. med. Wochenschr. 49.
8. *Clemens*, Stoffwechsel bei Morbus Basedowii. Zeitschr. f. klin. Med. LIX, Heft 2—4. (S. 131.)
9. *Fischer, M.*, Herzneurosen und Basedow. Münch. med. Wochenschr. 18. (S. 132.)
10. *Freudenberg*, Ein Fall von Morbus Basedow behandelt mit Antithyreoidin Möbius. Der Frauenarzt, Heft 2. (S. 132.)
11. *Haskovec, L.*, Morbus Basedowii als Krankheit und Syndrom. (Referat) Wien. klin. ther. Wochenschr. 18. (S. 130.)
12. *Haskovec, L.*, Der Exophthalmus bei der Basedow'schen Krankheit. Wien. klin. Rundsch. 39—42. (S. 132.)
13. *Haskovec, L.*, Crises oculaires et syndrome Pseudobasedowien dans l' ataxie locomotrice. Compt. rend. de la soc. de Neurol. Paris, 5. April 1906.
14. *Heyn, Fr.*, Ein Beitrag zur Lehre vom Myxödem. Arch. f. Psych. u. Nervenk. 41, Heft 1. (S. 132.)
15. *Hirschfeld, R.*, Zur Pathogenese des Basedow'schen Symptomenkomplexes. Zentralblatt für Nervenheilk. u. Psychiatrie. XXIX Nr. 224. (S. 132.)
16. *Holub*, Zur Thyreoidinbehandlung des Morbus Basedow und insbesondere Kombination mit Myxödem. Wien. klin. Wochenschr. 19.
17. *Huismans*, Myxödema infantile. Münch. med. Wochenschrift, 19.. Sitzungsbericht. (S. 132.)
18. *Jacob, J.*, Pathologie und Therapie des Morbus Basedowii. Berl. klin. Wochenschr. 18. (S. 130, 132.)

19. *Kongreß XXIII.* für innere Medizin, München 1906. Sitzungsbericht, und Bericht von Felix Klemperer. Therapie der Gegenwart, Mai 1906. (S. 131.)
20. *Leuven, Gevers*, Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum von Möbius. Münch. med. Wochenschr. 32. (S. 132.)
21. *Mayer*, Beitrag zur Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit. Münch. med. Wochenschr. 49. (S. 132.)
22. *Michalski*, Morbus Basedowii. Bruns'sche Beitr. z. klin. Chir. XLIX. (S. 132.)
23. *Moebius, P. J.*, Die Basedow'sche Krankheit. 2. A., Hölder, Wien 1906. (S. 130, 131.)
24. *Mosse, M.*, Berlin. klin. Wochenschr., 40. Sitzungsbericht. (S. 132.)
25. *Obregia, Parhon* et *Florian.* Sur un cas de myxödème infantile avec quelques considerations sur sa pathogenie. Journ. de Neurol. 1905, Nr. 16. (S. 132.)
26. *Sadger, J.*, Zur Hydrotherapie des Morbus Basedow. Therapie der Gegenwart Nr. 3. (S. 132.)
27. *Sainton, P.*, Die jetzigen Behandlungsmethoden des Morbus Basedowii. Allg. Wien. med. Zeitschr., 44 u. 45. (S. 131, 132.)
28. *Schlesinger, H.*, Die Therapie der Basedow'schen Krankheit. Wien. klin. Rundsch. 17. (S. 131, 132.)
29. *Schlesinger, H.*, Pseudohypertrophia muscularis und Myxödem. Münch. med. Wochenschr. 2.
30. *Sklodowski*, Beitrag zur Behandlung Basedow'scher Krankheit mit Röntgenstrahlen. Deutsch. med. Wochenschr. 33. (S. 132.)
31. *Swoboda*, Ein Fall von Myxödem. Münch. med. Wochenschr. 3. (Sitzungsbericht.) (S. 132.)

Bis auf *Jacob* (18), der glaubt, daß man zu einer modifizierten Form der neurogenen Theorie vom Morbus Basedowii zurückkommen wird, sind alle Autoren mehr oder weniger von deren thyreogenem Ursprung überzeugt, namentlich *Haskovec* (11). *Caro* (6) faßt Thyreoidismus und Basedow als Steigerung der Funktion, Myxödem, Kretinismus und Tetanie der Hunde als Verringerung oder Aufhebung der Funktion der Schilddrüse auf. Er wendet sich gegen die von *Blum* hauptsächlich vertretene Anschauung, behauptet vielmehr, daß die Thyreoidea toxisch wirkende Stoffe in die Blut- und Lymphbahnen abgibt.

Eine zusammenfassende Darstellung vom Morbus Basedowii unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen gibt *Möbius* (23) in der zweiten

Auflage seines bekannten Werkes: „Die *Basedow*sche Krankheit.“ Ein Eingehen auf Einzelheiten ist bei dem rühmlichst bekannten Buch und dem vielfach besprochenen Standpunkt des Verfassers wohl nicht notwendig, im engen Rahmen dieses Referats auch unmöglich.

Auf dem Kongreß für innere Medizin 1906 zu München hat *Kocher* und *Kraus* (19) über den Stand der Frage „Pathologie der Schilddrüse“ eingehend referiert.

Nach einer längeren physiologischen Betrachtung der Schilddrüse kommt *Kraus* zuerst auf das Kropfherz zu sprechen, das er nicht als eine „forme fruste“ des Basedow ansieht. Auch kann er nicht *Möbius* beistimmen, der eine fortlaufende Krankheitskette vom Kropf zum Basedow annimmt. Es muß noch ein primum movens außerhalb der Thyreoidea sein, damit die Wirkung der Schilddrüsenstoffe zu einer excessiven wird.

Kocher berichtet im wesentlichen über die operative Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen. Die Hypothyreosen werden erfolgreich mit Schilddrüsenfütterung oder radikal mit Implantation von Schilddrüse, die Hyperthyreosen durch operative Reduktion behandelt.

Bei Basedow hat *Kocher* bei operativer Behandlung 93 % Heilung und 5 % Todesfälle beobachtet. Das Endresultat der umfangreichen Diskussion kann man mit *Klemperer* (19) dahin zusammenfassen: „Jede Art der Behandlung, wenn sie nur mit guter Allgemeinbehandlung einhergeht, führt in vielen Fällen zu mehr oder weniger weitgehender Besserung, in manchen zur Heilung; versagt sie, so ist Operation anzuraten.“

Diesen Standpunkt vertreten von den übrigen zu referierenden Autoren *v. Boltenstern* (4), *Brugsch* (5), der die Wichtigkeit des Stoffwechsels betont, *Clemens* (8), *Schlesinger* (28), *Sainton* (27) und *Möbius* (23), der aber den chirurgischen Eingriff für gefährlich hält.

Alt (1) hat nach einer „allen Komponenten des Stoffwechsels Rechnung tragenden Diät“ bei Basedow glänzende Erfolge gesehen und gibt vier Krankengeschichten mit Abbildungen wieder, aus denen man den Erfolg in ausgezeichneter Weise erkennen kann. In bezug auf den Stoffwechsel sind zu beachten die vielfach herabgesetzte Toleranz für Kohlehydrate und mangelhafte Entsalzung des Organismus infolge von Niereninsuffizienz; außerdem ist oft vermehrte Phosphorausfuhr festgestellt worden. Am Schluß des Vortrags deutet Verf. an, daß es nicht unmöglich sei, daß auch die Beanlagung zu anderen Nerven- und Geisteskrankheiten nicht nur in einer von Haus aus mangelhaften Anlage des Nervensystems, sondern auch durch Funktionsschwäche dieses oder jenes Stoffwechselorgans bedingt sein könnte. Dem Stoffwechsel hat außer *Brugsch* (5) *Clemens* (8) besondere Aufmerksamkeit geschenkt und in einem Falle gefunden, daß nach Ruhe die Harnstoff- und Phosphatausscheidung sank, nach eingesetztem Antithyreoidin und darauf verabreichtem Rodagen noch weiter sanken, aber wieder anstiegen, bis Strumektomie die Rückkehr zum Normalen brachte.

Der medikamentösen bzw. der Organ- und vorwiegend der Serumtherapie reden das Wort *Aronheim* (3), *Freudenberg* (10), *Leuven* (20), *Michalski* (22). *Mayer* (21), *Schlesinger* (28) (Antithyreoidin *Möbius*), *Fischer* (9) (Antithyreoidin *Möbius* und Rodagen).

Röntgenbestrahlung hat *Sklodowski* (30) und *Sainton* (27) als erfolgreich befunden.

Bade- bzw. Trinkkur empfiehlt *Jacob* (18). Hydrotherapie, bei der durch Rückenkühlschlangen, Kühlschlangen auf Nacken und Herz und ev. pulsierende Gefäße die Herzbeschwerden beeinflußt werden sollen, hält *Sadger* (26) für vortrefflich.

Die Ursachen des Exophthalmus bei Basedow sieht *Haskovec* (12) in der Dilatation der retrobulbären Gefäße, der stärkeren Transsudation in Orbita und der vielleicht auch stärkeren intrakraniellen Transsudation. Des weiteren beschreibt *Haskovec* einen Fall von Tabes mit Basedowsymptomen, die er aber als pseudobasedowisch ansieht und sie erklärt als abhängig von einer der Tabes eigenen Sympathicuslaesion.

Mosse (24) hält es für möglich im Hinblick auf eine Patientin, die rechts das *Gräfe*sche Symptom, links eine Lähmung des Levator palpebrae hat, daß das *Gräfe*sche Symptom auf eine Affektion des Levatorkernes zurückführbar sei.

Hirschfeld (15) hat einen Fall von Sarkommetastasen in der Schilddrüse gesehen mit vollständigen Basedowsymptomen. Die Änderung der Schilddrüsensekretion ist unter dem Einfluß der malignen Neubildung eingetreten.

Einen Fall von Myxödem, namentlich die dabei bestehenden Skelettwachstumsverhältnisse beschreibt *Argutinsky* (2). Er betont die Nützlichkeit des Röntgenverfahrens zur Feststellung, ob es sich um kongenitales Myxödem handelt. Er schließt dieses aus den verschiedenen Stadien der Knochenentwicklung und meint, daß die Carpalknochen am besten Aufschluß geben, ob das Myxödem kongenital oder infantil sei.

Swoboda (31) beschreibt einen zur Sektion gelangten Fall von Myxödem mit vollständigem Fehlen der Schilddrüse. Zwei gleiche Fälle führt *Heyn* (14) an, die bei Schilddrüsenfütterung gute Fortschritte gemacht hatten, aber interkurrenten Erkrankungen erlagen. In derselben Arbeit werden noch weitere fünf ausgesprochene Myxödemfälle besprochen und fünf weniger ausgesprochene (davon zwei an Lues tot). In allen Fällen erzielte Thyreoidin *Merck* fast wunderbare Erfolge. Die Blutuntersuchung gestattete den Schluß, daß das Myxödemgift die Blutzusammensetzung schädigt, was durch Thyreoidin paralysiert werde.

Dieselben guten Dienste leistete die Schilddrüsendarreichung *Huismans* (17). *H.* fand in einem Falle von Myxödem klinisch nachweisbaren Hypophysistumor.

Obregia (25) bestätigt gleichfalls die günstige Wirkung der Schilddrüsenbehandlung und führt diese auf die kalziumretinierende Wirkung der Schilddrüse zurück.

---

4. Intoxikations-Psychosen. Referent: Peretti.

1. Der Alkoholismus. Seine Wirkungen und seine Bekämpfung, Verlag von B G. Teubner in Leipzig. I u. II. (S. 141.)
2. *Aschaffenburg*, Die plötzliche Entziehung von Alkohol bei Trinkern. Monatsschrift für Kriminalpsychologie, II. Jahrg. 10. Heft S. 638. (S. 139.)
3. *Bieling*, Der Alkohol und der Alkoholismus. Verlag der Ärztlichen Rundschau in München. (S. 142.)
4. *Bonhoeffer*, Chronischer Alkoholismus und Vererbung. Der Alkoholismus, Nr. 6 S. 298. (S. 140.)
5. *Chotzen*, Über atypische Alkoholpsychosen. Archiv für Psychiatrie, 41. Bd. 2. Heft S. 343. (S. 138.)
6. Derselbe, Mischzustände bei Epilepsie und Alkoholismus. Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Nr. 207 S. 129. (S. 139.)
7. Derselbe, Zur Kenntnis der Psychosen der Morphiumabstinenz. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 63. Bd. 6. Heft S. 786. (S. 143.)
8. *Cluß*, Die Alkoholfrage vom physiologischen, sozialen und wirtschaftlichen Standpunkte. Verlag von Parey in Berlin. (S. 142.)
9. *Coriat*, The mental disturbances of alcoholir neuritis. American Journ. of Insanity, Vol. LXII Nr. 4 p. 571. (S. 140.)
10. *Gaupp*, Chronische Trunksucht und Delirium tremens. Wien. Klin. Rundschau, Nr. 28 S. 527. (S. 138.)
11. *Gregor* u. *Roemer*, Zur Kenntnis der Auffassung einfacher optischer Sinneseindrücke bei alkoholischen Geistesstörungen, insbesondere bei der *Korsakoff*schen Psychose. Neurol. Centralbl., Nr. 8 S. 339. (S. 140.)
12. *Halbey*, Ein Beitrag zur Frage der akuten Opiumvergiftung. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Nr. 24 S. 496. (S. 143.)
13. *Hecker*, Über Verbreitung und Wirkung des Alkoholgenusses bei Volks- und Mittelschülern. Münch. Med. Wochenschr., Nr. 12 S. 544. (S. 137.)
14. *Heilbronner*, Gedwongen verpleging van drankzuchtigen. Nederl. tijdschrift voor geneeskunde, 2. Heft S. 4.

15. *Hiller,* Genußmittel der Völker. Verlag von Richter in Zürich. (S. 136.)
16. *Jones,* Mental degradation the result of alcohol. Americ. Journ. of Iusanity LXII, Nr. 1 S. 39.
17. *Juliusburger*, Ein Fall von akuter Bewußtseinsstörung alkoholischer Ätiologie. Neurol. Centralbl. Nr. 16, S. 741. (S. 139.)
18. Derselbe, Zur Lehre von der Einsichtslosigkeit der Alkoholisten. Monatsschr. für Psych. u. Neurol., Heft 2 S. 201. (S. 141.)
19. *Kraepelin,* Der Alkoholismus in München. Münch. Med. Wochenschr., Nr. 16 S. 737. (S. 136.)
20. Krankengeschichte eines Alkoholwahnsinnigen, von ihm selbst niedergeschrieben. Die Alkoholfrage, 4. Heft S. 285. (S. 139.)
21. *Krauß,* Ein Fall von Vergiftung mit ß-Eucain. Deutsch. Med. Wochenschr., Nr. 2 S. 67. (S. 144.)
22. *Laquer,* Die Trunksucht und die Haushaltung der deutschen Städte. Der Alkoholismus, 2. Heft S. 77.
23. *Leubuscher,* Über einen wahrscheinlich durch Bleivergiftung entstandenen Fall von Myoklonie. Monatsschr. für Psych. u. Neurol., 4. Heft S. 347. (S. 144.)
24. *Loewenfeld,* Alkohol und Neurosen. Münch. Mediz. Wochenschr., Nr. 35 S. 1697. (S. 141.)
25. *Meinert,* Die Heilung Alkoholkranker im Königreich Sachsen. Die Alkoholfrage, 1. Heft S. 18. (S. 137.)
26. *Mott*, Alcohol and Insanity. Journ. of Mental Science. October.
27. *Nina-Rodrigues,* La psychose polynévritique et la Béribéri. Annal. méd.-psych., 2. Heft S. 177. (S. 144.)
28. *Nonne,* Über Myelitis intrafunicularis und über kombinierte Strangerkrankung bei Alkoholismus chronicus. Kasuistik zur hämorrhagischen Diathese beim chronischen Alkoholismus. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 6. Heft S. 497. (S. 140.)
29. *Olivier,* Délire de persécution systématisé curable chez un alcoolique. Annal. méd.-psych., 1. Heft S. 117. (S. 139.)

30. *Petersen-Borstel,* Gutachten über den Zusammenhang zwischen Gasvergiftung und Geisteskrankheit. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Medizin. Heft 3, S. 57. (S. 144.)
31. *Pfaff,* Die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt. 2. Aufl. Verlag von Reinhardt in München. (S. 142.)
32. *Rahn,* Alkohol und Kaffee, die größten Feinde sozialer Kultur. Medizin. Woche, Nr. 21 S. 235. (S. 136.)
33. *Rieger,* Über die Trunksucht und die „Suchten" überhaupt. Festschrift zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der Unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck. Verlag von Fischer in Jena. (S. 137.)
34. *Rodiet* et *Caux,* Diagnostic différentiel des troubles cérébraux d'origine toxique dus à l'alcool et au tabac et de la paralysie générale, d'après les symptomes oculaires. Annal. méd.-psychol. Nov.-Déc., S. 408. (S. 139.)
35. *Roemheld,* Der *Korsakow*sche Syptomenkomplex. Die Heilkunde, 8. Heft S. 337. (S. 140.)
36. *Rosenfeld*, Der Alkohol als Nahrungsmittel. Zentralblatt für innere Medizin, Nr. 12.
37. *Schaefer,* Die Alten und der Alkohol. Der Alkoholismus, 2. Heft S. 88.
38. *Schenk,* Die Periodizität der Trunksucht. Der Alkoholismus, 3. Heft S. 154. (S. 140.)
39. *Schroeder,* Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych., 63. Bd. 5. Heft S. 714.
40. *Starke,* Die Berechtigung des Alkoholgenusses. Wissenschaftlich begründet und allgemein verständlich dargestellt von einem Physiologen. Verlag von Hoffmann in Stuttgart. (S. 142.)
41. *Sullivan,* Industry and Alcoholism. Journal of Mental Science. July. (S. 137.)
42. *Vigouroux* et *Collet,* Troubles mentaux par intoxication sulfocarbonée. Annal. méd.-psychol. Mars-Avril, S. 271. (S. 144.)
43. *van Vleuten,* Transitorische Aphasie bei Alkoholdelirium. Allg. Ztschr. für Psychiatrie, 63. Bd. 6. Heft S. 767.
44. *Vocke,* Der Alkoholismus in München. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 35 S. 1722. (S. 137.)

45. Wein, Bier, Branntwein. Beiträge zur Alkoholfrage. Verlag von Heymanns in Berlin. (S. 142.)
46. *Weiß*, Der Streit um's Gläschen Bier. Verlag von Seitz & Schauer in München. (S. 142.)

a) Allgemeines.

Außer der Abhandlung von *Schroeder* (39) in dieser Zeitschrift sind keine für den Psychiater wichtigen Arbeiten über die Bedeutung der Intoxikationen für die Ätiologie der Psychosen erschienen. *Hiller* (15) bringt eine populäre Plauderei über die Genußmittel der Völker (Fleischbrühe, Alkohol, Opium, Kaffee, Tee, Tabak, Koka etc.) und gibt zu bedenken, daß ihre „lediglich aus Fanatismus" gewünschte Entfernung aus dem Welthandel vielen Menschen einen Erwerbszweig rauben würde. *Rahn* (32) sieht bei dem Kampfe gegen die größten Feinde sozialer Kultur, Alkohol und Kaffee, in dem Malzkaffee als Ersatz für Kaffee eine schätzenswerte Waffe.

b) Alkoholismus.

Die Ausdehnung des Alkoholismus hält nach wie vor das Interesse der Autoren wach. So liegen jetzt für die Großstadt München drei beachtenswerte Arbeiten vor. *Kraepelin* (19) fand unter den 1373 Aufnahmen in die psychiatrische Klinik im Jahre 1905 rein alkoholische Geistesstörung bei 253 Männern (30,3 %) und bei 30 Frauen (5,6 %). Außerdem ließ sich bei anderen Psychosen noch in 311 Fällen eine chronische, in 22 Fällen eine akute Schädigung durch den Alkohol verzeichnen, so daß in 44,9 %, bei den Männern allein sogar in 61,8 % aller Fälle eine Alkoholvergiftung vorlag. Auffallend ist die verhältnismäßig geringe Zahl von Delirium und *Korsakow*scher Psychose, zusammen nur 9,2 %; die Wirkung des in München weit überwiegenden Biergenusses macht sich weniger in eigentlichen Geistesstörungen, als in einer allmählichen alkoholischen Vertrottelung geltend. Bei 20,6 % der Männer traten Anfälle epileptischen, bisweilen auch hysterischen Charakters auf. Unter 98 Kindern aus Familien, in denen Vater oder Mutter trunksüchtig waren, konnten nur 23 als körperlich und geistig gesund bezeichnet werden. Von den Epileptischen waren 65,1 % der Männer und 28,5 % der Frauen Trinker. Bei den Paralytikern wurde in 51,9 % der Männer und in 35,9 % der Frauen Alkoholismus gefunden. Keine Schädlichkeit (außer Lues) begünstigt die Entstehung der Paralyse so sehr wie der Alkohol. So erklärt sich die Seltenheit der Paralyse bei alkoholfreien Völkern. Man darf vermuten, daß etwa ein Drittel der Erkrankungen an Paralyse vermieden werden könnte, wenn die syphilitisch Erkrankten dauernd abstinent blieben. Die öffentlichen Kosten für die wegen Alkoholmißbrauch notwendige Unterbringung von Kranken in die Münchener Klinik betrug in einem Jahr über 21000 Mark. Als Mittel gegen den Alkoholismus empfiehlt *Kraepelin* Belehrung des Volkes, insbesondere der Jugend, Entfernung des Alkohols aus den

Heilanstalten, Gründung von Enthaltsamkeitsvereinen und Errichtung von Trinkerasylen.

Vocke (44) ergänzt die Mitteilungen *Kräpelins*. In der Heil- und Pflegeanstalt München bzw. Eglfing waren im Jahre 1905 ständig 80 Betten mit solchen Kranken belegt, welche ohne Trunksucht sicher nicht der Anstaltspflege anheimgefallen wären. Die Gesamtauslagen für diese Kranken beliefen sich in dem einen Jahre auf 86915 M. 30 Pf., wovon der Kreis Oberbayern allein 68468 M. 90 Pf. aufbringen mußte. Diese Zahlen sprechen deutlich für die Notwendigkeit der Errichtung von Trinkerheilstätten, so schließt auch *Vocke*.

Unter 4652 Volksschulkindern fand *Hecker* (13) 13,7 % Abstinente, 55,3 % regelmäßig Alkohol Genießende, 4,5 % „eigentliche Trinker", die regelmäßig etwas Schnaps oder täglich 1/2 Liter und mehr Bier zu sich nehmen, und 6,4 % Schnapstrinker.

Unter 428 Handelsschülern waren 16 % Abstinente, 41 % einmal und 10 % zweimal täglich Trinkende. Die proletarierreichen Schulen haben die wenigsten Abstinenten und die meisten eigentlichen Trinker. Mit zunehmendem Alkoholgenuß ging Verschlechterung der Fortgangsnote, des Fleißes und des Auffassungsvermögens einher. Wahrscheinlich übte der Alkoholgenuß auch bis zum 12. Lebensjahre auf das Längenwachstum einen hemmenden Einfluß aus, von da ab gegen die Pubertätsjahre jedoch eher eine gewisse Beschleunigung.

Sullivan (41) betrachtet an der Hand statistischen Materials den Einfluß der Industrie auf den Alkoholismus in England. Bei den Bergleuten ist Trunkenheit häufig, aber weil sie nicht während der Arbeit trinken, tritt Alkoholismus weniger oft ein als bei den Hafenarbeitern, die den ganzen Tag über trinken. Deshalb sind auch die schweren Verbrechen gegen das Leben anderer und Selbstmord bei den Bergleuten seltener. Die landwirtschaftlichen Distrikte weisen die geringsten Zahlen von Alkoholismus und solchen Verbrechen auf.

Meinert (25) rechnet, daß im Königreich Sachsen (mit 4 1/2 Millionen Einwohnern) ca. 20000 Menschen dem Trunk ergeben sind und bespricht die auf die Heilung dieser Alkoholkranken hinzielenden Bestrebungen, vor allem die Tätigkeit der Abstinenzvereine und des Vereins „Sächsische Volksheilstätten für Alkoholkranke", der eine Heilstätte für Männer „Seefrieden" bei Moritzburg besitzt und die Gründung einer Heilstätte für Frauen beabsichtigt.

In der Festschrift zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der Anstalt Werneck spricht *Rieger* (33) über die Trunksucht und die „Suchten" überhaupt. In dem „schillernden" Worte Sucht ist kontaminiert oder verschmolzen das Wort für Seuche, Siechtum, Krankheit und ein Wort, das unmittelbar mit Suchen zusammenhängt. Das Wort Trunksucht insbesondere ist dreideutig, es bedeutet a) die Sucht und Begierde nach Alkohol ohne primäre krankhafte Ursache, b) die krankhafte Sucht oder Gier der Dipsomanen nach

Alkohol und c) die Seuche oder das Siechtum oder die Krankheit, die man in ursächlicher Abhängigkeit von der chronischen Vergiftung durch Alkohol bekommt. Der Ausdruck Trunkfälligkeit wird in völlig konfuser Weise angewandt, er hat nur dann einigermaßen Sinn, wenn man ihn in der Bedeutung des gewohnheitsmäßigen lasterhaften Trinkens gebraucht. Dieselbe Konfusion wie bei dem Worte Trunksucht entsteht aus der Dreideutigkeit des Wortes Alkoholismus. — Neben den sprachlichen Erörterungen interessiert die Abhandlung durch die eingestreuten historischen und psychiatrischen Bemerkungen, hervorgehoben kann hier nur werden: die skeptische Stellung gegenüber der Hereditätsfrage (pater semper incertus!), das zum Privatgebrauch geschaffene barbarische Wort „Gebildetomorphismus“, der Zweifel an dem Zusammenhang der Dipsomanie mit Epilepsie und der Satz, daß „die Menschen, aus deren Mitte die Objekte der Würzburger Psychiatrie stammen, um das Jahr 1600 mehr Alkohol in den Leib geschüttet haben, als um das Jahr 1900“, und daß in Würzburg die Erkrankungen selten seien, die man mit gutem Gewissen als akute Anfälle von Delirium tremens alcoholicum oder als chronische Geisteskrankheit aus der Ursache der Alkoholvergiftung bezeichnen dürfe.

Die Frage nach der ätiologischen Rolle des Alkoholmißbrauches bei Psychosen bespricht *Chotzen* (5) in einer längeren bedeutenden Abhandlung über atypische Alkoholpsychosen an der Hand von zahlreichen Krankengeschichten. Die Abgrenzung der Alkoholhalluzinosis ist noch keine sichere. Die Feststellung, ob es eine chronische Alkoholparanoia gibt, stößt auf Schwierigkeiten, ebenso die Unterscheidung des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker *(Kraepelin)* von der Dementia praecox. Das Bild der alkoholistischen Pseudoparalyse entsteht aus der Verbindung 1. von Arteriosklerose mit Alkoholpsychosen, 2. von polyneuritischer Tabes oder zentralen Herdsymptomen mit einem Rückbildungsstadium der typischen *Korsakow*schen Psychose oder mit verschiedenen Formen, welche von ihr einerseits zur Gruppe der postinfektiösen Psychosen, andererseits zu Formen organischer Gehirnkrankheiten (beim Hervortreten der Gefäßerkrankung) hinüberleiten, 3. von zerebralen Herdsymptomen mit einem in alkoholischen Bewußtseinsstörungen auftretenden Größenwahn Degenerierter, 4. solcher Symptome mit Manie.

Selbst bei einer so häufigen und vielfach studierten Krankheit, wie dem Delirium alkoholicum, bedürfen noch viele Punkte der weiteren Klärung. Anläßlich der Erstattung eines Obergutachtens bestreitet *Gaupp* (10) (Chronische Trunksucht und Delirium tremens) die Annahme, daß ein erst 40 Tage dauerndes Schnapstrinken bei einem körperlich kräftigen, erblich nicht belasteten 34jährigen Mann hinreichte, um Delirium und Alkoholepilepsie hervorzurufen, verneint ebenso die Frage, ob chronischer Alkoholismus immer leicht objektiv festzustellen und der Zustand des Potators für den Laien bei öfterem Zusammensein leicht erkennbar ist, zweifelt daran, daß Alkoholintoleranz bei einem gesunden Mann sehr rasch zum Ausbruch der auf der Basis chronischer Trunksucht entstehenden Psychosen führen könne, hält aber

spezielle Untersuchungen an großem Material für wünschenswert über die Minimaldauer der Trunksucht vor Ausbruch eines Deliriums, einer Halluzinose, von Alkoholepilepsie usw., über die Minimalmenge des täglich genossenen Alkohols vor Beginn dieser Psychosen, über den Einfluß der Alkoholintoleranz auf diese Faktoren und über die Wirkung des Einatmens von Alkoholdämpfen auf abstinente oder mäßige Personen.

Im allgemeinen ist es richtig, einem chronischen Alkoholisten den Alkohol unmittelbar zu entziehen. Aber in den Gefängnissen werden doch gelegentlich Alkoholdelirien beobachtet, die unbedingt der plötzlichen Entziehung zuzuschreiben sind. Da das Delirium durchaus keine gleichgültige Erkrankung ist, redet *Aschaffenburg* (2) bei drohender Gefahr eines Deliriums, die sich durch Tremor, motorische Unruhe, Schlaflosigkeit und Gesichtshalluzinationen bei Druck auf die Augäpfel kundgibt, der Verabreichung von kleinen Mengen Alkohol, am besten in Form einer Arznei, das Wort.

(20) In der „Krankengeschichte eines Alkoholwahnsinnigen von ihm selbst niedergeschrieben" schildert ein Journalist einen überstandenen Deliriumanfall bis ins Kleinste und mit wörtlicher Wiedergabe der Gehörstäuschungen.

Der Aufsatz von *Chotzen* (6) „Mischzustände bei Epilepsie und Alkoholismus" ist eine Besprechung der Vermischung epileptischer Symptome und alkoholischer Delirien, des Vorkommens von epileptischem Stupor in Verbindung mit Alkoholdelirium und der Bedeutung des Traumas hinsichtlich der epileptischen Symptome bei pathologischen Rausch- und Dämmerzuständen.

Eine akute Bewußtseinsstörung beobachtete *Juliusburger* (17) bei einem 33jährigen, erblich belasteten, gegen Alkohol intoleranten, anscheinend geschäftlich überarbeiteten Menschen, der, nachdem er eines Abends vier Glas Bier getrunken und gut geschlafen hatte, eine Irrfahrt von drei Tagen machte und in die Anstalt gebracht nach weiteren drei Tagen wieder völlig klar war. Er zeigte zwar Gedächtnislücken, konnte aber doch eine recht eingehende Schilderung der Vorgänge geben. Statt der üblichen Bezeichnung „Dämmerzustand" spricht man hier besser von einer intrapsychischen Sejunktion, einer Lockerung der Beziehungen zwischen Vorstellungs- und Gefühlssphäre. Es handelt sich bei dem Kranken, welcher bei dem Herumirren nicht daran dachte, daß er eine Stellung habe und zur Arbeit gehen müsse, und welchem vorübergehend eine bekannte Gegend fremd erschien, um autopsychische und allopsychische Disthymie, Dissoziation autopsychischer und allopsychischer Vorstellungen *(Wernicke)* von der Thymopsyche *(Stransky)*.

Olivier (29) beschreibt einen Fall von systematisiertem Verfolgungswahn (Komplott mit Mordabsichten) mit Halluzinationen bei einem 59jährigen Potator mit Ausgang in Heilung.

Rodiet und *Caux* (34) besprechen die Unterschiede der krankhaften Erscheinungen an den Pupillen, sowie der Sehstörungen und der Veränderungen des Augenhintergrundes bei der progressiven Paralyse einerseits und bei dem Alkoholismus andererseits.

Coriat (9) bringt 17 Fälle von Psychosen bei Alkoholneuritis, die zum Teil der *Korsakow*schen Psychose zuzurechnen sind; bemerkenswert war das Auftreten von isolierter Augenmuskellähmung bei Fällen von Delirium.

Den *Korsakow*schen Symptomenkomplex schildert *Roemheld* (35) in klarer übersichtlicher Weise und hebt hervor, daß nicht selten rudimentäre Formen vorkommen, wofür er als Beispiele zwei Fälle bei Hirnlues anführt.

Gregor und *Roemer* (11) studierten die Auffassung einfacher optischer Sinneseindrücke bei alkoholischen Geistesstörungen, insbesondere der *Korsakow*schen Psychose. Es gibt chronischen Alkoholismus mit normaler und solchen mit krankhaft verlangsamter Auffassung. Die *Korsakow*sche Psychose gehört zu letzterer Gruppe. Bei der ersteren Gruppe findet man nach kleinen (experimentellen) Alkoholdosen Auffassungsstörungen, welche den bei Normalen unter gleichen Bedingungen beobachteten entsprechen. Diese Störungen waren am größten bei einem Patienten, der auch bei einem Delirium eine pathologische Alkoholreaktion zeigte. Bei der *Korsakow*schen Psychose machte sich innerhalb gewisser Grenzen eine deutlich ausgesprochene, die Apperzeption modifizierende Nachwirkung früherer Sinneseindrücke bemerkbar.

Nonne (28) beschreibt vier Fälle von kombinierter Strangerkrankung d. h. von einer Erkrankung mehrerer Rückenmarksstränge nebeneinander, nicht mehrerer bestimmter Fasersysteme, und einen Fall von echter kombinierter Systemerkrankung bei Alkoholismus chronicus. Das klinische Bild der „pseudosystematischen Strangerkrankung“ ist viel weniger signifikant und viel weniger kongruent der anatomischen Degeneration als bei Fällen reiner Systemerkrankung. Die Dauer des Ablaufs des Leidens ist relativ kurz und die Häufigkeit schwerer Anämien, die zuweilen den Charakter der perniziösen, meistens den der einfachen letalen Anämie tragen, ist charakteristisch. Bei zwei Fällen lag eine hämorrhagische Diathese vor, Blutungen in Haut und Muskulatur der Beine. Dieser „Säuferskorbut“ fand sich unter 6000 Alkoholisten des Materials des Eppendorfer Krankenhauses 16mal, es handelte sich nur um schwere chronische Säufer mit den Zeichen chronischer Kachexie.

Nach *Schenk* (38) hängt die Periodizität der Trunksucht, wie sie in der Dipsomanie zutage tritt, nicht mit Epilepsie zusammen, die sogenannten Dipsomanen sind „periodische“ Menschen. Die Dipsomanie ist angeboren und unter die zahlreichen Formen der vasomotorischen Störungen einzureihen. Die Einflüsse des Wetters, der Jahreszeit, der Hitze und Kälte, die für die Periodizität der Trunksucht aus der Statistik herleitet, sind mit großer Vorsicht zu bewerten, die innere Periodizität des Organismus ist wichtiger als die von äußeren Reizen abhängige.

Bonhoeffer (4) (Chronischer Alkoholismus und Vererbung) betrachtet die Bedeutung der angeborenen psychopathischen Konstitution als eine der wichtigsten Ursachen des späteren chronischen Alkoholismus und die sich daraus für die Praxis ergebende Lehre, daß Nervöse und Psychopathen mit den Trinkgewohnheiten brechen müssen. Er glaubt nicht recht daran, daß die

in einmaliger Trunkenheit erzeugten Kinder Defekte aufweisen, während der Einfluß des chronischen Alkoholismus auf die Deszendenz nicht zu bestreiten ist, vor allem für das Zustandekommen von Idiotie und Epilepsie. Aus einem von *Bonhoeffer* aufgezeichneten Stammbaum läßt sich entnehmen. daß der Alkoholismus des Vaters in Verbindung mit Psychopathie der Mutter Degeneration bei den Nachkommen hervorruft, dagegen eine gesunde Mutter als regeneratives Moment gegenüber dem Alkoholismus des Vaters wirken kann.

Wie *Loewenfeld* (24) in seinem Artikel: Alkohol und Neurosen ausführt, kann Alkoholismus ohne Prädisposition zur Neurasthenie führen, bei Hereditariern die Entwicklung der epileptischen Veränderung bedingen und eine bestehende Epilepsie außerordentlich verschlimmern, bei hysterischer Konstitution hysterische Zufälle hervorrufen und auf Angst- und Zwangsneurosen sehr ungünstig wirken. Habitueller mäßiger Alkoholgenuß ist bei allen Neurosen abzuraten, bezüglich gelegentlichen mäßigen Alkoholgenusses kann der Arzt bei Hysterie, gewissen Formen der Neurasthenie und der Zwangs- und Angstneurose, nicht aber bei Epilepsie mitunter kleine Konzessionen machen.

Die Einsichtslosigkeit der Alkoholisten und ihre Unverbesserlichkeit ist, wie *Juliusburger* (18) auseinandersetzt, nicht auf geistige Schwäche zurückzuführen, sondern entspringt den zum Gemeingut der sogenannten Kulturmenschheit gewordenen Anschauungen von der Notwendigkeit des Alkoholgenusses und von der Untunlichkeit, sich den Trinksitten zu entziehen. Diese Vorstellungen wirken beim Alkoholisten als überwertige Ideen, deren Bann gebrochen werden muß, wenn man sich Erfolg von einer Behandlung versprechen will. Internierung, Abstinenz und Anleitung zur Arbeit vermögen dies allein nicht, man muß „neue Stimmungen und Willensrichtungen als Träger neuer Gedankenreihen hervorrufen und hervorzüchten“ und dem Prinzip des Guttemplerordens folgend Bestrebungen in die Irrenanstalt hineinbringen, etwa offene Sitzungen, in denen zugleich auf Gefühl und Verstand eingewirkt wird. „Die Kunst mit der Belehrung im Bunde sollen unter Führung der Ethik ihre Kraft entfalten.“

In dem Feldzuge gegen den Alkoholismus wird tapfer weiter gekämpft. Der 1902 gegründete Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus hat wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus eingerichtet. Die in diesen Kursen 1904 und 1905 in Berlin gehaltenen Vorträge sind zum Teil in der bei Teubner in Leipzig erscheinenden Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt“ unter dem Titel „Der Alkoholismus. Seine Wirkungen und seine Bekämpfung“ (1) veröffentlicht und verdienen, wie sich schon aus den Titeln ergibt, Beachtung: *Weygandt*, Der Alkohol und das Kind. *Hartmann*, Die Aufgaben der Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus. *Keferstein,* Der Alkoholismus und der Arbeiterstand. *Münsterberg,* Alkoholismus und Armenpflege. *Laehr,* Alkoholismus und Nervosität. *Juliusburger,* Alkohol und Geisteskrankheiten. *Rosenthal*, Alkoholismus und Prostitution. *de Terra*, Alkohol und Verkehrswesen.

Ein anderes Buch, dem man ebenfalls eine große Verbreitung wünschen muß, sind die aus dem Reichsarbeitsblatt unter dem Titel Wein, Bier, Branntwein (45) als besonderes Heft veröffentlichten Beiträge zur Alkoholfrage, die zum Teil auch in der Waldschmidtschen Zeitschrift „Der Alkoholismus" abgedruckt sind. Sie enthalten eine Menge statistischen Materials, eine populäre Darstellung der Schädigungen des Alkoholmißbrauches auf Gesundheit, Berufsleben und Haushalt der Arbeiter, Erörterungen über die Bedeutung des Alkoholismus für die Gemeinde und für den Staat in wirtschaftlicher und sozialer Beziehung, über die privaten und gesetzgeberischen Bestrebungen in der Bekämpfung des Alkoholismus.

Zwei abstinente Ärzte ergreifen in der Alkoholfrage das Wort. *Bielings* (3) Schrift: Der Alkohol und der Alkoholismus soll dem Gebildeten ein Wegweiser zum Verständnis moderner Kulturarbeit sein und wird dieser Absicht in anziehender Form gerecht.

Pfaff (31) wendet sich an die Ärzte; er bezeichnet die Verwendung alkoholischer Flüssigkeiten zum Getränk der Kranken als geradezu unverantwortlich, die Anwendung als Medikament läßt er für einige Fälle und nur vorübergehend zu und erklärt es als die Pflicht jedes naturwissenschaftlich denkenden und handelnden Arztes, Abstinenz selbst zu üben und Kranken und Gesunden zu empfehlen.

Weiß (46) dagegen möchte den „Streit ums Gläschen Bier" zugunsten des letzteren schlichten. Für ihn ist der „mächtige Kulturfaktor" Alkohol ein anregendes Genußmittel, der Freund des normalen, aber der Feind des unmäßigen, unverständigen, krankhaft veranlagten Individuums.

Viel wuchtiger und stellenweise in unangenehm scharfen Worten tritt *Cluß* (8), Professor an der Wiener Hochschule für Bodenkultur, in seinem Buche über die Alkoholfrage dem „Abstinenzfanatismus" entgegen, der ihm ebenso wie der Alkoholismus häufig als der Ausdruck einer minderwertigen Anlage oder als das Symptom eingetretener geistiger Störung erscheint. Im Interesse des Gährungsgewerbes mißt er dem Bier, einem Volksgenußmittel allerersten Ranges, den Ruhm bei, den Schnapsgenuß zu unterdrücken, den Wein bezeichnet er als das bekömmlichste aller alkoholischen Getränke, den Schnaps dagegen möchte er tunlichst durch leichte Alkoholika, wie Bier und Apfelwein, verdrängen.

Starke (40) will „die Berechtigung des Alkoholgenusses" beweisen, d. h. des „in vernünftiger Menge" genossenen Alkohols. Er meint, es sei immer leicht, den Alkoholgebrauch in den gebührenden Schranken zu halten, da der Mensch in der Regel ganz genau das Quantum der von ihm vertragenen alkoholischen Getränke kennt. „Der vernünftige Alkoholist und der notorische Trinker sind ganz scharf auseinander zu halten." Der Alkohol gehört nicht zu den Giften, sondern zu den Nährstoffen, er leistet ganz Ähnliches wie die Kohlenhydrate, d. h. er bildet Wärme, wie diese, und dient als Kraftquelle für die Arbeit der Muskeln. Er ist mäßig genossen auch kein Gift für das Zentralnervensystem, er bewirkt eine gewisse Herabsetzung der „Erregbarkeit"

für äußere Reize und Eindrücke und eine gewisse „Erregung“ auf dem Gebiete des seelischen Innenlebens. Das Bewußtsein ist dabei vollkommen klar, und es besteht keine Narkose. Der unmäßige Genuß von Kaffee und Tee (ganz besonders, wenn er den gleichzeitigen Alkoholgenuß stark übertrifft, und sicher, wenn gar gleichzeitig Alkoholabstinenz besteht) kann ganz allein die Nervosität bewirken. Der Alkohol entlastet im Gegensatz zu Kaffee die Eingeweide von Blut. Die innerliche Erregung hält unsere „nervöse Erregbarkeit“, die, erhöht, sehr unangenehm fühlbar wird, in den gebührenden Grenzen, sie sorgt für die dem Gehirn des Berufsmenschen nicht bloß angenehme, sondern zeitweilig direkt notwendige Abwechslung des Wahrnehmens, Fühlens und Denkens. Die wissenschaftliche Kritik kann also dem verständigen Alkoholgebrauch nur das Wort reden. Die Ursache des Säufertums liegt weder im Alkohol noch im alkoholischen Getränke, sondern in bestimmten Eigenschaften der betreffenden Menschen, die geistig Abnorme oder Unglückliche sind, sie trinken, um Betäubung zu suchen. Die alkoholischen Getränke haben nicht die Eigenschaft, den Menschen zu immer stärkerem Genusse zu verführen. Ein gelegentliches Betrinken, ein Rausch, bedeutet „keine Störung“ der Hirnfunktionen, sondern eine „funktionelle Veränderung“, wie sie auch normalerweise vorkommt, wenn uns der Schlaf übermannt. Diesen und ähnlichen Sätzen werden schwerlich viele wirkliche Fachmänner zustimmen. Die ganze soziale Seite des Alkoholismus berührt *Starke* nicht, was er wohl auch als Physiologe nicht beabsichtigt. Der einzige bezügliche Satz; „mit dem für alkoholische Getränke bezahlten Gelde belohnt das deutsche Volk in erster Linie deutsche Bodenkultur, deutschen Gewerbefleiß und deutsche industrielle Arbeit“ erscheint ebenso bedenklich wie der Titel des Buches. Der Laie wird aus allem den Schluß ziehen, er müsse, wenn er ein normaler, leistungsfähiger Mensch und ein guter Staatsbürger sein und bleiben wolle, „vernünftig“ trinken, d. h. nach Verfasser ruhig alkoholische Getränke zu sich nehmen, solange er nicht die Zeichen von Unmäßigkeit an sich bemerkt.

c) Morphium.

Zur Frage der akuten Opiumvergiftung bringt *Halbey* (12) einen Beitrag: eine 59jährige an manisch-depressivem Irresein leidende Frau stirbt in einem erst 4 Stunden nach dem Einnehmen von 84 Pillen (4,3 Opium) auftretendem Koma; Magenausspülung hatte keinen Erfolg.

Die beiden Fälle *Chotzens* (7) von Psychose nach Morphiumentziehung, die unter dem ausgesprochenem Bilde der Amentia verliefen, weisen darauf hin, daß die Analogie für die Psychosen der Morphiumabstinenz vielfach weniger beim Delirium alkoholicum, als vielmehr bei der Gruppe der Erschöpfungspsychosen zu suchen ist. Die Intoxikation durch chemische Gifte hat dieselbe Wirkung wie die durch organisierte, sie bewirkt Ernährungsstörung und kann so die indirekte Ursache der Erschöpfungssymptome werden.

d) Andere Gifte.

Den in den letzen Jahren veröffentlichten Fällen von Schwefelkohlenstoff-Psychosen fügen *Vigouroux* und *Collet* (42) einen weiteren hinzu. Ein 34jähriger, erblich belasteter, seit einigen Wochen mit Vulkanisieren beschäftigter Mann erkrankte an einem dem Alkoholdelirium ähnlichen Zustande. der von alimentärer Glykosurie begleitet war. Man kann nach den Versuchen von *Kierner* und *Engel* annehmen, daß der Schwefelkohlenstoff eine Blutzersetzung und dadurch eine Funktionsstörung der Leber hervorruft und daß die psychischen Störungen also auf Autointoxikation beruhen.

Petersen-Borstel (30) begutachtete den Zusammenhang zwischen Gasvergiftung und Geisteskrankheit bei einem 17jährigen, von jeher beschränkten Hüttenarbeiter, der beim Anheizen eines Generators infolge Ausströmens von Gasen, hauptsächlich Kohlenoxyd, sofort in Geisteskrankheit unter dem Bilde der Manie verfiel und sich nach 5½ Monaten noch nicht gebessert hatte.

In dem von *Krauß* (21) mitgeteilten Falle von Vergiftung mit β-Eukain traten bei einem 40jährigen Manne, an dem die Urethrotomie gemacht worden war, nach einer Eukaineinspritzung in die Harnröhre Verwirrtheit, Aufregung, motorische Unruhe, Beklemmung, Pulsbeschleunigung und spastische Zuckungen in den Gliedern auf; diese Symptome verschwanden aber nach ein paar Stunden vollständig.

Der Fall von wahrscheinlich durch Bleivergiftung entstandener Myoklonie, den *Leubuscher* (23) veröffentlicht, ist dadurch interessant, daß neben den für Myoklonie charakteristischen Zuckungen, Lähmungs- und Reizerscheinungen in der Unterarmmuskulatur bestanden, die zweifellos auf Bleivergiftung infolge 15jähriger Beschäftigung mit diesem Metall zurückzuführen sind. Die Bleivergiftung ist aber aller Wahrscheinlichkeit nach als exogene Ursache der ganzen Erkrankung anzusehen, da die durch Blei hervorgebrachten motorischen Neurosen der Myoklonie nahe stehen. Die Myoklonie kommt vorzugsweise bei körperlich schwer arbeitenden Männern vor. Die Disposition zu ihr dürfte gegeben sein durch die größere Inanspruchnahme der Muskulatur und durch Momente, welche die Widerstandsfähigkeit der Nervensubstanz herabsetzen, so daß diese der größeren Inanspruchnahme nicht mehr genügt (*Edinger*sche Theorie). Diese Momente finden wir im vorliegenden Falle in der Bleivergiftung.

Nach *Nina-Rodrigues* (27) wird in Brasilien bei der Beriberi-Polyneuritis der *Korsakow*sche Symptomenkomplex häufig beobachtet; die von *Patrick Manson* geäußerte Ansicht, bei der Beriberi-Polyneuritis käme im Gegensatz zu der Malaria-Polyneuritis Amnesie nicht vor, ist unrichtig und bedenklich, weil es dann vorkommen wird, daß infolge der fälschlich auf Malaria gestellten Diagnose die für die Behandlung eines Beriberi-Kranken notwendige Entfernung von dem Orte, wo er sich die Krankheit zugezogen hat, unterbleibt.

---

5. Organische Psychosen. Referent: Matusch-Sachsenberg.

1. *Adam,* Ein Fall progressiver Paralyse im Anschluß an einen Unfall durch elektrischen Starkstrom. (Siehe diese Zeitschrift. S. 428.)
2. *Amberg,* Ear affections and mental disturbances. The journ. of nerv. and mental disease. Sept.-Octob. S. 566. (S. 167.)
3. *Apelt,* Zum Kapitel des extra- und intraduralen traumatischen und pachymeningitischen Hämatoms. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chir., Heft 2. (S. 160.)
4. *Besta, Carlos,* Un caso di afasia motrice da distribuzione bilaterale del globus pallidus (studio sopra la via del linguaggio). Il Morgagni. S. 81. (S. 163.)
5. *Blumer, Alder,* The coming of psychasthenia. The journ. of nerv. and ment. disease. May. S. 336. (S. 167.)
6. *Booth,* Coitus interruptus and coitus reservatus as causes of profound neuroses and psychoses. The alienist and neurologist. November. S. 397. (S. 167.)
7. *Bryant,* The great psychical importance of ear disease. The journ. of nerv. and ment. disease. Septemb. S. 553. (S. 167.)
8. *Bullard* and *Southard,* Diffuse gliosis of the cerebral white matter in a child. The journ. of nerv. and ment. disease. March. S. 188. (S. 160.)
9. *Church,* The neurotic type of progressive muscular atrophy. A case with marked heredity. The journ. of nerv. and ment. disease. July. S. 447. (S. 163.)
10. *Collins,* The etiology, prognosis and treatment of general paresis. Sitzungsbericht. S. 202. (S. 153.)
11. *Cullerre,* Troubles mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique. Archives de Neurologie. Juin. (S. 164.)
12. *Dana,* The question of protopathic and epicritic sensibility and the distribution of the trigeminus nerve (third branch). The journ. of nerv. and ment. disease. August. S. 577. (S. 161.)
13. Derselbe, Progressive muscular atrophy, a study of the causes and classifications with the report of an autopsy. The journ. of nerv. and ment. disease. Febr. S. 81. (S. 162.)

14. *Dercum,* Thyroid metastasis of the spine. The journ. of nerv. and ment. disease. March. S. 153. (S. 160.)
15. Derselbe, Sarcoma of the cerebellum, sarcomatous infiltration of the spinal cord. The journ. of nerv. and ment. disease. March. S. 169. (S. 160, 161.)
16. *Dobrschansky,* Über ein bei gewissen Verblödungsprozessen, namentlich der progressiven Paralyse auftretendes, wenig bekanntes motorisches Phänomen. Jahrbücher f. Psych. und Neurol., Bd. 27. S. 145. (S. 154.)
17. *Dreyfuß,* Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ätiologie der progr. Paralyse. (Siehe diese Zeitschrift. S. 627.)
18. *Fischer,* Klinische und anatomische Beiträge zur Frage nach den Ursachen und nach der Bedeutung der cerebrospinalen Pleocytose (der Zellvermehrung im liqu. cerebrospin.). Jahrbücher f. Psych. und Neurol., Bd. 27. S. 313. (S. 165.)
19. Derselbe, Über einen eigenartigen Markfaserschwund in der Hirnrinde bei Paralyse. Wiener Klin. Wochenschr., Nr. 22. (S. 151.)
20. *Förster, O.,* Die Kontrakturen bei den Erkrankungen der Pyramidenbahnen. Verlag von S. Karger, Berlin. 65 S. Preis 1.60 M. (S. 161.)
21. *Gardinier* and *Carey,* A study of two unusual brain tumours, one a multiple cylindroma of the base of the brain, the other a neuro-epithelioma of the choroid plexus of the fourth ventricle. The journ. of nerv. and ment. disease. January. S. 24. (S. 159.)
22. *Gordon,* A further contribution to the study of the paradoxic reflex. The journ. of nerv. and ment. disease., June. (S. 161.)
23. *Gregory,* The etiology of general paresis. The journ. of nerv. and ment. disease. March. S. 205. (S. 153.)
24. *Grumann,* Ein Fall von multipler Sklorose mit ausgesprochenen psychischen Störungen. Inaug.-Dissert. S. 25. (S. 164.)
25. *Hall* and *Hopkins,* Tuberculous meningitis with report of 52 cases. The journ. of nerv. and ment. disease. April. S. 242. (S. 165.)
26. *Hoppe,* Hysterical stigmata caused by organic brain lesions. The journ. of nerv. and ment. disease. Febr. S. 101. (S. 157.)

27. *Hübner*, Zur Tabes-Paralyse-Syphilis-Frage. Neurolog. Centralbl., Nr. 6. S. 242. (S. 152.)
28. *Hudovernig*, Über die Indikationen einer antiluetischen Behandlung der Tabes dors. und der Paral. progress. Pester Med.-Chirurg. Presse, Nr. 30. (S. 156.)
29. *Kiernan*, Syphilitic infection and paretic dementia. Medicine. Oktob. (S. 152.)
30. *Knapp, A.*, Die polyneuritischen Psychosen. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 144 S. (S. 166.)
31. *Kölpin*, Trauma und Paralyse. Autoreferat. (Siehe diese Zeitschrift. S. 738.)
32. *Koller*, Hirnuntersuchungen Geisteskranker nach der *Weigert*schen Neurogliamethode. Monatschr. f. Psych. und Neur., Bd. 19 Heft 6. S. 513. (S. 157.)
33. *Kutner*, Über kortikale Herderscheinungen in der amnestischen Phase polyneuritischer Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. 41 Heft 1. S. 134. (S. 166.)
34. *Liebscher*, Die cytologische und chemische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geisteskrankheiten, insonderheit bei progress. Paralyse. Wiener Med. Wochenschr., Nr. 45. S. 156. (S. 154.)
35. Derselbe, Zur Kenntnis der Cysticercose des Gehirns mit Geistesstörung. Prager Medizin. Wochenschr., Nr. 26. (S. 160.)
36. *Lukacz*, Zur Pathologie der progress. Paralyse. (Siehe diese Zeitschrift. S. 59.)
37. *Maaß*, Ein Fall von einseitiger chronischer progressiver Ophthalmoplegie bei progressiver Paralyse. Inaugural-Dissert. Kiel. 16 S. (S. 154.)
38. *Marie*, Die neueren Forschungen der schottischen Schule betr. die progressive Paralyse, Pathogenie und Behandlung. Psyche. Nr. 2. S. 7. (S. 156.)
39. *Martin*, The sphincter reflex in tabes dorsalis und paresis. The journ. of nerv. and ment. disease. August. S. 527. (S. 156.)
40. *Mills* and *Weisenburg*, The subdivision of the representation of cutaneous and muscular sensibility and of stereognosis in the cerebral cortex. The journ. of nerv. and ment. dis. October. S. 617. (S. 161.)

41. *Mingazzini,* Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Hirntumoren. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 19 Heft 5. S. 442. (S. 158.)
42. *Mocquin,* Pseudo-tumeur cérébrale par empyème ventriculaire. Extrait de la Nouvelle Iconographie de la Salpétrière. Novemb.-Dec. (S. 158.)
43. *Moleen,* Subcortical cerebral gumma accurately localised in the comatose state, death, autopsy. The journ. of nerv. and ment. disease. June. S. 407. (S. 158.)
44. *von Monakow,* Gehirnpathologie. Zweite Auflage. Wien, Alfr. Hölder, 1319 S. (S. 156.)
45. *Mott,* The microscopic changes in the nervous system in a case of chronic Dourine or Mal de Coit, and comparison of the same with those found in sleeping sickness. Proceedings of the Royal society, Bd. 78. (S. 165.)
46. *Näcke,* Erblichkeit und Prädisposition resp. Degeneration bei der progr. Paralyse der Irren. Arch. f. Psych., Heft 1. S. 295. (S. 153.)
47. *Neumann,* Die progressive Paralyse. Leipzig, Konegen, 54 S. Preis 1,20 M. (S. 153.)
48. *Onuf,* On the association of epilepsy with muscular conditions fitting best into the cadre of myopathics. The journ. of nerv. and ment. disease. January. S. 32. (S. 163.)
49. *Piltz,* Sensibilitätsstörungen bei Paral. progressiva incipiens. Neurolog. Zentralbl., Nr. 15. S. 690. (S. 154.)
50. *Plaskuda,* Ein Fall von progressiver Paralyse mit gehäuften epileptiformen Krämpfen nebst Beobachtungen über das Verhalten des Blutdrucks bei solchen Anfällen. (Siehe diese Zeitschrift. S. 240.)
51. *Pollak,* Die Befunde am Zentralnervensystem bei der puerperalen Eklampsie. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke, 24 S. 2 Tafeln. (S. 165.)
52. *Prince, M.,* Case of multiform tic including automatic speech and purposive movements. The journ. of nerv. and ment. diseare. January. S. 97. (S. 167.)
53. *Putnam* and *Waterman,* A contribution to the study of cerebellar tumours and their treatment. The journ. of nerv. and ment. diseare. May. S. 297. (S. 159.)

54. *Raecke*, Psychische Störungen bei der multiplen Sklerose. Arch. f. Psych., Bd. 41 Heft 2. S. 482. (S. 164.)
55. *Reichardt*, Über Knochenveränderungen bei progressiver Paralyse. Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psych., Nr. 221. S. 705. (S. 155.)
56. *Ricksher*, A review of the mental symptoms accompanying apoplexy. Amer. journ. of insanity. July. S. 55. (S. 157.)
57. *Rodiet*, *Dubos* et *Pansier*, Les symptomes oculaires de la paralyse générale. Progrès medical. (S. 155.)
58. *Rodriguez-Morini*, Contribution à l'étude clinique de la paralyse générale en Espagne. Mitteilungen an den Medizin. Kongreß in Lissabon. 23 S. (S. 154.)
59. *Sainton* et *Voisin*, *R.*, Les séquelles psychiques des méningites cérébrospinales aeguës. L'encéphale. S. 237. (S. 165.)
60. *Schaffer*, Über Fibrillenbilder der progressiven Paralyse. Neurolog. Centralbl., Nr. 1. S. 2. (S. 150.)
61. *Spielmeyer*, Zur anatomischen Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Nr. 214. (S. 151.)
62. *Spiller* and *Weisenburg*, Carcinoma of the nervous system, with the report of eleven cases. The journ. of nerv. and ment. disease. August. S. 500. (S. 159.)
63. *Spiller*, Separate sensory centres in the parietal lobe for the limbs. The journ. of nerv. and ment. disease. February. S. 117. (S. 162.)
64. *Steiner*, Zum Verlaufe der progressiven Paralyse. Wiener Klin. Wochenschr., Nr. 32. (S. 156.)
65. *Sträußler*, Zur Lehre von der miliaren disseminierten Form der Hirnlues und ihrer Kombination mit der progress. Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. Nr. 3. S. 244. (S. 152.)
66. Derselbe, Die histopathologischen Veränderungen des Kleinhirns bei der progressiven Paralyse mit Berücksichtigung des klinischen Verlaufes und der Differentialdiagnose. Jahrbücher f. Psych., Heft 1 und 2. S. 7. (S. 152.)
67. *Takasu*, Über die histologischen Veränderungen der Kleinhirnrinde bei verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog., Bd. 19 Heft 5. S. 458. (S. 157.)

68. *Taylor*, Multiple sclerosis, a contribution to its clinical course and pathological anatomy. The journ. of nerv. and ment. disease. Juni. S. 351. (S. 164.)
69. *Vigouroux*, Délire de négations et lésions organiques, Revue de Psychiatrie et de la Psychol. expérimentale. Avril. S. 154. (S. 158.)
70. *Voisin*, *Jules*, *Voisin*, *Roger*, et *Laignel-Lavastine*, Autopsie de deux cas de démence épileptique, paralytique et spasmodique à l'époque de la puberté. Bulletins et mémoires de la société médicale des hopitaux de Paris. Juli 1906. (S. 151.)
71. *Voisin*, *Jules* et *Roger*, et *Rendu*, Hypothermie prolongée à la période terminale d'une paralysie générale infantile. Bulletins et mémoires des hopitaux de Paris. (S. 155.)
72. *Vorberg*, Dem. paralytica und Syphilis. Leipzig, Deuticke. 26 S. (S. 152.)
73. *Wassermann* und *Plaut*, Über das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern. Deutsche Med. Wochenschr., Nr. 44. S. 1769. (S. 152.)
74. *Walton* and *Brewster*, Fracture of skull probably involving the base. Recovery after operation. Analysis of aphasia. Boston med. and surgic. Journ., Nr. 22. (S. 161.)
75. *White*, Types in mental disease. The journ. of nerv. and ment. disease. April. S. 254. (S. 163.)
76. *Wollburg*, Über Dementia paralytica in jugendlichem Lebensalter. Inaugural-Dissert. Kiel. 43 S. (S. 153.)

a) Dementia Paralytica.

Schaffer (60) untersuchte mit Hilfe der *Bielschowsk*ischen Silberimprägnation drei vorgeschritten paralytische Gehirne und stellte fest, daß im Verlaufe der progr. Par. das intrazelluläre Netzwerk derart geschädigt wird, daß es an den Knotenpunkten derber wird; dabei verschwinden die verbindenden Fäden, wodurch ein Körnerwerk entsteht, welches in seiner Anordnung anfangs noch das Reticulum erkennen läßt, später aber in eine diffuse Staubmasse übergeht. Im Anfangsstadium ist auch eine geringe Schwächung der Interfibrillärsubstanz zu konstatieren. Untersucht wurden die vordere und hintere Zentralwindung, das Parazentralläppchen, das Operculum, die 2. Frontalwindung der Konvexität, die 1. Temporalwindung, der Gyr. angul., die 1. Parietalwindung

die Calcarinarinde und das Ammonshorn nebst Subiculum. Veränderte Zellen fanden sich in allen Stellen, doch wiesen die Zentralwindungen, namentlich die hintere, und das Parazentralläppchen die meisten inzipient erkrankten Zellen auf, während die übrigen vorwiegend hochgradig ergriffene Exemplare enthielten, insbesondere Calcarina, Ammonshorn und Subiculum, aber auch die ganglionäre Schicht der Sehrinde. Daß der paralytische Prozeß auch die graue Substanz des Rückenmarkes nicht verschont, zeigen Bilder erkrankter Vorderhornzellen, obgleich streng genommen spinale Symptome bei den Kranken nicht bestanden hatten.

Fischer (19) beschreibt fleckweisen Ausfall von Markfasern, der sich in einem sehr hohen Prozentsatz der Paralysen neben dem allgemeinen und diffusen der Hirnrinde findet. Sie liegen beinahe durchweg in den tieferen Rindenpartien, und zwar im *Baillarger*schen Streifen und den darunter liegenden Schichten. Das Verhalten der Radiärfasern, die beim Eintritt in den Herd verschwinden und über ihm plötzlich wieder erscheinen, läßt erkennen, daß es sich um Schwund der Myelinscheide handelt. Die Herde stehen in Beziehung zu Querschnitten von Gefäßen, doch gibt deren Beschaffenheit keinen Aufschluß über die Ätiologie der Herde. Der Befund war sehr deutlich nachweisbar in 13 von 25 untersuchten Paralysen, am stärksten in den Zentralwindungen, weniger häufig im Stirnlappen und sehr selten in anderen Hirnregionen. In einem Gehirn fand es sich allein im linken Armzentrum; im Leben hatte hochgradige Parese der rechten Oberextremität bestanden.

Jules Voisin (70) hat bereits früher eine Form progredienter Demenz bei jugendlichen Epileptikern beschrieben, die er Dem. epileptica, paralytica et spasmodica nennt, und die sich durch rasche und schubweise Verblödung und paralyseartigen Verlauf kennzeichnet. Die vorliegende Arbeit berichtet über zwei derartige Fälle; aus dem anatomischen Befund ist hervorzuheben: chronische Meningitis, aber ohne vaskuläre Erkrankung und deshalb ungleich der paralytischen, ausgedehnte Erkrankung der Pyramidenzellen und submeningeale Sklerose, in welcher die Verf. die wesentliche pathol.-anatomische Grundlage des Prozesses sehen.

Ein Fall von tuberkulöser Meningitis bei einer Paralytischen gibt den Anlaß zu einer interessanten Untersuchung von *Spielmeyer* (61), was an dem Befunde auf tuberkulöse Meningitis und was auf Paralyse zu beziehen ist. *Sp.* kommt zu dem Ergebnis, daß an Rindengebieten, in denen sich der tuberkulöse Prozeß lokalisiert hat, die dadurch bedingten Veränderungen die histologischen Erscheinungen der paralytischen Rindenerkrankung verdecken können, so daß einwandfreie Unterscheidung nicht immer möglich ist. Die Diagnose auf Paralyse ist aber gesichert, wenn in den von Meningitis freien oder wenig betroffenen Gebieten neben Plasmazellinfiltraten an den Gefäßen und degenerativen Zellveränderungen progressive Veränderungen an der zelligen Glia, Proliferationsvorgänge an Gefäßwandzellen und Stäbchenzellen besonders in der tiefen Rinde festgestellt werden können.

Sträußler (65) bespricht an zwei Fällen Kombination von Paralyse mit Hirnlues in der Form miliarer disseminierter, in der Hirnrinde verbreiteter Gummata. Die besonders im zweiten Fall sehr ausgesprochene Unabhängigkeit der Herde von den Meningen ergänzt durch dieses Verhalten die von *Alzheimer* entworfenen Grundsätze für die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Hirnlues.

Die zweitgenannte Arbeit *Sträußlers* (66) behandelt die bisher wenig beachteten Veränderungen im Kleinhirn Paralytischer. Die sehr eingehenden Untersuchungen eignen sich in der Fülle ihrer Einzelheiten nicht zu kurzer Wiedergabe, es sei nur hervorgehoben, daß sich in jedem Falle weitverbreitetete und intensive Veränderungen nachweisen ließen, sowohl in den Meningen, am konstantesten als Infiltration, wie in den Nervenzellen, vorzugsweise als Erkrankung und Untergang der *Purkinje*schen Zellen und der Zellen der oberflächlichen Windungen und ihrer Kuppen, während sich die Golgizellen widerstandsfähig erwiesen, ferner in den Markfasern, besonders den „girlandenförmigen Bündeln“, und der Glia. Dagegen spielen Gefäßveränderungen im Kleinhirn eine untergeordnete Rolle und von einer konstanten Abhängigkeit des atrophischen Prozesses von luetischen Gefäßveränderungen kann nicht die Rede sein. Die Vorteile bestimmter Kleinhirnteile für den Krankheitsprozeß, so der Tonsille, erklärt *St.* durch eine Art von Einklemmung der Teile, durch welche die Ernährungsverhältnisse leiden. Nach diesem Befunde liegt es nahe, stärkere motorische Funktionsstörung bei Paralyse mit dem Grade der Kleinhirnerkrankung in Verbindung zu bringen; eine Anzahl von Fällen, in erster Linie von juveniler Paralyse, die mehr als die Paralyse der Erwachsenen zu motorischen Störungen tendieren soll, scheint das zu bestätigen.

Mit der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Paralyse beschäftigen sich *Vorberg* (72), *Hübner* (27), *Kiernan* (29) und *Wassermann* und *Plaut* (73). *Vorberg* beginnt mit dem Satze: „Als Tatsache darf angesehen werden, daß nur der an Tabes und Dem. par. erkrankt, der sich mit Syphilis angesteckt hat.“ Auf diesen Grundton sind die Angaben aus der Literatur und der Statistik und die Therapie gestellt. Das kleine Buch scheint als Warnruf für Laien geschrieben zu sein, der Zweck heiligt die Mittel.

Kiernan hat zehn Fälle von frischer syphilitischer Infektion bei bestehender Paralyse beobachtet, in den meisten war frühere Syphilis auszuschließen. *K.* betont, daß durch die Fälle weder ein Beweis für noch gegen die Syphilistheorie erbracht sei.

Hübner spricht für die Syphilistheorie, indem er statistisch die Irrigkeit der Annahme nachweist, daß Prostituierte selten an Paralyse erkranken, und Familiengeschichten anführt, in denen nur syphilitisch gewesene paralytisch wurden, obgleich die anderen Familienglieder schwereren Schädlichkeiten ausgesetzt waren. Den Schluß bildet ein Fall von Paralyse bei einer syphilitischen Imbezillen.

Auch die interessanten Untersuchungen von *Wassermann* und *Plaut* vermögen die Fragen nicht bedingungslos zu lösen. Sie benutzten die adaptierte *Wassermann-Bruck*sche Methode zum Nachweis der Antikörper. Bezüglich deren Einzelheiten ist auf das Original zu verweisen. Von 41 Lumbalflüssigkeiten von Paralytikern ergaben 32 deutliche Hemmung der Hämatolyse, in 4 Fällen trat nur undeutliche, in 5 Fällen keine Hemmung ein. Kontrollversuche mit 22 nicht syphilitischen Lumbalflüssigkeiten waren sämtlich negativ. Der Versuch, die syphilitische Herkunft der Paralyse dadurch nachzuweisen, daß Lumbalflüssigkeit und Serum auf direkt syphilitische Stoffe i. e. Antigene untersucht wurden, ergab zwar in zwei Fällen positives Resultat, bedarf aber, wie Verf. betonen, größerer Ausdehnung.

Mit neugeschärften Waffen verficht *Naecke* (46) seinen Standpunkt, daß bei der Paralyse die Erblichkeit eine große Rolle spielt und meist eine eingeborene, seltener erworbene und sehr wahrscheinlich eine (für Paralyse) spezifische Gehirnkonstitution zu bestehen scheint, die eine Minderwertigkeit darstellt, und zwar derart, daß an erster Stelle die Lues direkt oder indirekt oder andere Ursachen, meist kombiniert, die Krankheit auslösen.

Gregory (23) hält drei Faktoren für die Entstehung der Paralyse für notwendig: hereditäre oder konstitutionelle Prädisposition, Syphilis und eine spezielle Ursache, wie geistige oder körperliche Überanstrengung, Trauma und Intoxikation verschiedener Art.

Collins (10) analysiert 100 Fälle von Paralyse, in 62 ließ sich Syphilis feststellen. Dem Alkohol mißt er keine sichtliche ätiologische Bedeutung bei. Durchschnittlich 11 Jahre nach der Infektion traten die ersten Zeichen der D. p. auf, die kürzeste Frist betrug 3 Jahre. Die auf Grund neuerer Empfehlungen durchgeführte intensive Mercurialbehandlung ist in Fällen eklanter Paralyse stets erfolglos gewesen, im Stadium des Beginns schien sie in drei Fällen Stillstand erzielt zu haben.

Neumann (47) schickt seinem Buche voraus, daß es den Zweck verfolgt, dem praktischen Arzte das Bild der Krankheit so gegenständlich zu machen, daß er es bei einer Begegnung im Leben wiederzuerkennen vermag. Daher breite Schilderung der Symptomatologie, besonders des Beginns, und eingehende Behandlung der Differentialdiagnose und Therapie bei summarischer Darstellung der Anatomie. Die Schrift erfüllt in ihrer bündigen und anschaulichen Sprache und der angemessenen Behandlung noch streitiger Punkte ihren Zweck derart, daß sie lebhaft empfohlen werden kann. Vielleicht wäre es für diesen Zweck rätlich gewesen, die Paralyse nicht für so absolut unheilbar zu erklären, wie es Verf. tut.

Die Dissertation von *Wollburg* (76) behandelt einen Fall jugendlicher Paralyse, der vom 15. bis 17. Jahre beobachtet ist. Hereditäre Syphilis war nicht erwiesen, aber auch nicht ausgeschlossen, Verlauf mit einfacher Demenz, ohne stärkere motorische Reiz- und Störungserscheinungen. Die Arbeit enthält ein vollständiges Verzeichnis der bereits veröffentlichten Fälle von jugendlicher Paralyse.

Das Anstaltswesen in Spanien liegt noch im argen, und es fehlt an statistischem Material. Aus dem Verwertbaren hat *Rodriguez - Morini* (58) ermittelt, daß 5—6 % der männlichen Anstaltsinsassen Paralytiker sind gegen 1 % der Frauen; im Norden steigt der Prozentsatz, vielleicht durch Alkoholismus, auf 8 % der Männer, das Erkrankungsalter ist zwischen 32 und 48 Jahren, ausnahmsweise 25 Jahr und nach dem 50. Jahr. Stadtbewohner stellen die doppelte Zahl (absolut oder prozentuarisch? Ref.) der Landbewohner, 90 % der Erkrankten sind syphilitisch, Alkohol wirkt bei 8 %, die Krankheitsdauer ist 2—3 Jahre, etwa 8—10 % der Paralytiker zeigen die *Bayle*sche Pseudoparalyse, meist in nicht progredienter Form (?).

Maaß (37) beschreibt den seltenen Fall einer ausschließlich einseitigen (linksseitigen) Ophthalmopl. ext. et int. bei einem syphilitischen Paralytiker.

Piltz (49) hat als Frühsymptom bei Paralytikern folgende Sensibilitätsstörungen beobachtet: Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der Haut (Hypalgesie oder Analgesie) am ganzen Körper mit Ausnahme einer schmalen Zone am Halse in Form eines Kragens, eines Gürtels oder Korsetts am Rumpfe und der hinteren Oberfläche der unteren Extremitäten, wo die Schmerzempfindlichkeit normal oder zu Hyperalgesie gesteigert ist. Ferner Steigerung der taktilen Sensibilität am Rumpfe entweder in der Lenden- oder Dorsalgegend des Rückens oder in Form eines Korsetts oder eines mehr oder weniger breiten Gürtels.

Dobrschansky (16) hat den sogenannten Säuglingsreflex (*Stransky*) (Öffnen des Mundes und bisweilen Schnappbewegungen bei Annäherung von Gegenständen an das Gesicht), der bisher nur bei tiefer Verblödung beobachtet war, nachgeprüft mit dem Ergebnis, daß die Endstadien der Verblödung, speziell bei Paralyse, für das Zustandekommen des Reflexes nicht notwendig sind; umgekehrt erscheint er gerade bei Säuglingen in der Regel noch nicht, sondern erst im Alter von 1—3 Jahren, um später wieder zu verschwinden. *D.* schließt, daß sein Auftreten an ein gewisses Maß von Demenz gebunden ist, die durchaus keine terminale zu sein braucht, der jedoch vermutlich bestimmte spezifische Eigenschaften anhaften müssen. Asymbolische Störungen beeinflussen den Ablauf des Reflexes, sind aber für dessen Zustandekommen nicht erforderlich.

Daß die Ergebnisse der Lumbalpunktion für das Studium der cytologischen Verhältnisse hinter den Erwartungen zurückgeblieben sind, erklärt *Liebscher* (34) durch mangelhaftes Verfahren bei der Zentrifugierung, bei der Fixation und Färbung der Lymphocyten und durch ungenauen Zählmodus. Nach einem beschriebenen Verfahren, das die Fehlerquellen beseitigen soll, hat *L.* 62 Paralytiker, 8 Dem. praecox, 10 Epileptiker nebst einigen anderen Formen untersucht mit folgendem Ergebnis: die Lymphocytose ist der Ausdruck entzündlicher Veränderungen an den Meningen, wie sie vornehmlich der progressiven Paralyse zukommen. Neben der Lymphocytose findet sich bei der Paralyse Eiweiß in Mengen von 0.03—0.3. In Fällen von Lues findet man gelegentlich beträchtliche Mengen von Lymphocyten, aber Eiweiß in

kaum meßbaren Spuren. Sie stehen dadurch in einem gewissen Gegensatz zur Paralyse. Epilepsie und Dem. praecox ergaben negativen cytologischen Befund bis auf einen Epileptiker, der als juvenile Paralyse anzusprechen ist, und einen Fall von Dem. praecox, der luetisch war. Der positive Befund bei einem Katatoniker entschied die Diagnose auf Paralyse.

Rodiet, *Dubos* und *Pansier* (57) geben eine Zusammenstellung sämtlicher bei progressiver Paralyse vorkommenden Augensymptome, die sie nach drei Perioden der Krankheit gruppieren und einteilen in 1. Pupillenstörungen, 2. Sehstörungen, 3. von der Blutzirkulation im Auge und im Gehirn abhängige Veränderungen, 4. Erkrankungen des Augenhintergrundes, 5. akzessorische Symptome. Den Ansichten über die diagnostische und prognostische Bedeutung einzelner Symptome wird man nicht immer beipflichten; u. a., daß die ophthalmische Migräne ein ausgezeichnetes Frühsymptom der Paralyse sei und der *Piltz*sche (richtiger *Haab-Piltz*sche) Reflex nur bei Paralyse, Tabes, Syphilis und Katatonie vorkomme.

Die bisher noch nicht befriedigend erklärte Knochenbrüchigkeit bei Paralyse behandelt ein Aufsatz *Reichardts* (55). In zwei mitgeteilten Fällen von Tabesparalyse, in denen fast schmerzlos Spontanfrakturen auftraten, beruhte sie auf universeller Osteoporose. Ihr universeller Charakter schließt ihre Erklärung durch Lues, die übrigens in beiden Fällen nicht erwiesen war, aus. Das normale Körpergewicht und der blühende Ernährungszustand zur Zeit der Frakturen spricht gegen die Theorie *E. Meyers*, die Knochenbrüchigkeit als Folge des Marasmus aufzufassen, zumal da bei Marasmus aus anderen Ursachen, wie beim senilen, die Frakturen niemals schmerzlos sind. Auch die allgemeine Ernährungsstörung im Sinne *Kraepelins* kann nicht zutreffen, sonst wäre die Seltenheit der Knochenbrüchigkeit bei Paralyse nicht verständlich Vielmehr ist die Erklärung nur in der Erkrankung des Zentralnervensystems zu suchen, vermutlich in Veränderungen in der grauen Substanz des Rückenmarks, die der jetzigen Färbetechnik noch widerstehen. Die Beteiligung der Schädelknochen an der Osteoporose führt zu der Frage, welchen Einfluß die Paralyse auf Gewicht und Volumen der Schädeldachknochen hat. *R.* verneint, daß Paralytiker überhaupt besonders dicke und schwere Schädel haben, und daß es eine sogenannte sekundäre, konzentrische, akkomodative Hyperostose der Schädeldachknochen als Folge der paralytischen Hirnatrophie gibt. Ein dicker Schädel bei Paralyse braucht nicht ein durch Paralyse verdickter Schädel zu sein, es läßt sich weder makroskopisch noch mikroskopisch angeben, ob dieses Schädeldach von jeher so dick war, oder ob es sich erst als Folge des krankhaften Prozesses im Gehirn verdickt hat.

Sehr niedrige (bis 30.5), anhaltende, antemortale Temperaturen haben *J.* und *R. Voisin* und *Rendu* (71) bei einer 15jährigen beobachtet, die mit 8 Jahren erkrankte und dann eine mehrjährige Remission hatte. Ob die später manifeste Paralyse tatsächlich bereits im 8. Jahre begann, ist nicht sicher.

Normalerweise umschließt der Sphincter ext. den eingeführten Finger fest, aber mit rhythmischen Kontrakturen, bei Tabes und mit tabischen Symptomen verbundener Paralyse fehlen diese Kontraktionen und der Sphincter erschlafft bei seitlich ausgeführtem Druck. *Martin* (39) möchte diese Atonie des Sphincter für ein ziemlich konstantes und frühzeitiges Symptom bei Tabes halten. Oft war es mit lanzinierenden Schmerzen im Anus verbunden, gelegentlich auch mit trichterförmiger Gestalt des Anus. Die bei Prüfung des Symptoms entstehende Erschlaffung bleibt, offenbar durch Störung des Muskelsinns, eine Zeitlang vom Pat. unbemerkt bestehen.

Marie (38) bestätigt den von *Robertson* u. a. behaupteten Befund diphtheroider Bazillen im Gastro-Intestinaltractus, dem Urogenitalsystem und dem Gehirn Paralytischer und hält die Versuche für aussichtsvoll, die Paralyse durch Herstellung und Applikation von Antidoten zu behandeln.

Steiner (64) berichtet den Fall einer anhaltenden Remission von Paralyse nach schwerem Erysipel, allerdings mit Fortbestand der somatischen Symptome.

Die Indikation zu antiluetischer Behandlung der Paralyse und Tabes ist nach *Hudovernig* (28) gegeben, wenn seit der Infektion verhältnismäßig kurze Zeit (3 bis 5 bis 8 Jahre) verstrichen ist, wenn die Syphilis seinerzeit ungenügend behandelt worden ist, die Erkrankung nicht zu weit vorgeschritten und der Kräftezustand gut ist und wenn gleichzeitig andere syphilitische Erscheinungen nachweisbar sind.

b) Präsenile und senile Psychosen.

c) Psychosen bei Herderkrankungen des Gehirns.

An der Spitze der Arbeiten über Herderkrankungen steht das monumentale Werk *von Monakows* (44) über Gehirnpathologie, das uns in zweiter Auflage und in wesentlich anderer Gestalt als in der ersten vorliegt. Welche Summe von Arbeit der Herausgabe der zweiten Auflage vorangegangen ist, läßt sich daraus ermessen, daß, obgleich manches gekürzt und der Abschnitt über Verstopfung der Hirnarterien aus Mangel an Raum ganz fortgefallen ist, der Umfang auf fast das Doppelte angewachsen ist, die fast ausschließlich vom Verf. angefertigten Zeichnungen um 150 vermehrt sind und zahlreiche Abschnitte, wie die Anatomie des Großhirns, die allgemeine Histo-Architektonik, die allgemeine und spezielle Physiologie des Gehirns, die allgemeine Pathologie des Zentralnervensystems und vieles andere völlig in neuer Gestalt erscheinen. Verf. bemerkt in seiner Vorrede, daß sein Werk keine Kompilation darstelle, sondern nicht zum kleinen Teil auf eigenen Forschungen und Beobachtungen aufgebaut sei und vor allem dem klinisch-pathologischen Verständnis der örtlichen und allgemeinen Hirnsymptome eine umfassende wissenschaftliche Grundlage geben solle. Diese erfüllt das Werk auf jeder Seite in vollstem Maße. Die ungemein klare Darstellung und ein wahrhaft klassischer Stil machen seine Lektüre zu einem Genuß. Sein Wert als

Nachschlagebuch wird durch ein sehr genaues Inhaltsverzeichnis erhöht. Ein Literaturverzeichnis, das 3214 Nummern umfaßt, bildet den Schluß und zugleich das Zeugnis für den gewaltigen Umfang der Vorarbeiten für das Werk, dem in nichtdeutscher Sprache keines nur annähernd an die Seite gestellt werden kann.

Koller (32) hat nach der *Weigert*schen Methode die Gehirne mannigfacher Krankheitsformen untersucht, wie andere Forscher selten mit dem schönen Ergebnis der *Weigert*schen Bilder, meint aber folgendes aus seinen Untersuchungen entnehmen zu können: Die Glia erscheint nicht oder nicht wesentlich verändert bei Meningitis, Psychopathie, periodischem Irresein, Involutionsmelancholie, Chorea minor, Hirntumor und Idiotie, wenigstens den angeborenen Blödsinnsformen. Jugendverblödung zeigt leichte, über die ganze Rinde ausgebreitete Vermehrung der Gliaelemente, bei Epilepsie nehmen sie, wenn nachweisbar, verschiedene Lokalisationen ein. Dem. senilis und Dem apoplectica zeigen Verstärkung des Randfilzes mit eingebetteten Amyloidkörperchen und gröberen Fasern, häufig kleine Spinnenzellen in der Molekularschicht und geringe Gliawucherung, Kerne und Fasern in der tiefen Rinde, während sie im Marke eher wieder zahlreicher sind. Bei der progr. Paralyse ist die Rindenschicht in der Regel stark gewuchert, die Fasern verdickt und korkzieherartig, die Gefäße von Kernen und Gliageflechten begleitet. Besonders auffällig erscheint die Gliawucherung im Verein mit einer Neubildung von Gefäßen in der Übergangszone zwischen Rinde und Mark. Zwei Tafeln mit Zeichnungen erläutern den Befund.

Takasu (67) beschreibt die an 31 Kleinhirnen gefundenen Veränderungen an der Rinde und dem Nucl. dentatus. Abgesehen von einem Falle von Del. trem. mit Kleinhirnatrophie und einem cerebellaren Erweichungsherd wieß Del. trem. keine konstanten Veränderungen auf, am häufigsten erschien körnige Granulation der *Purkinje*schen Zellen und der Ganglienzellen des Nucl. dent., Dem. praecox zeigte gar keine Veränderung, tuberkulöse Meningitis, Hirntumor, multiple Sklerose, Amentia, Leukämie und Idiotie geringe Veränderungen, meist körnige Granulation und geringen Ausfall der *Purkinje*schen Zellen. Bei Dem. senilis und in stärkerem Grade bei Arteriosklerose fand sich als konstanter Befund Überpigmentierung der Ganglienzellen in Nucl. dent., Verschmälerung der Molekularschicht, leichter Ausfall der *Purkinje*schen Zellen und Verminderung der Markfasern. Das gleiche gilt von der Dem. paral. Die Vorgänge an den Ganglienzellen des Nucl. dent. deckten sich mit der von *Meyer* als „zentraler Zerfall“ beschriebenen, an den *Purkinje*schen Zellen beginnt der Zerfall der Granula an der Wurzel des Protoplasmafortsatzes und schreitet nach der Basis der Zelle fort.

Ricksher (56) stellt die als Vorboten und als Begleit- und Folgeerscheinungen apoplektischer Insulte vorkommenden psychischen Störungen zusammen.

Hoppe (26) beginnt mit der Behauptung, daß „die Mehrzahl der Autoren von der Anschauung ausgehe, daß die Seele etwas vom Gehirn völlig Ge-

trenntes" sei. Gegen sie richten sich umfängliche theoretische Erörterungen; daß der Hysterie molekuläre Veränderungen in den Ganglienzellen zugrunde liegen, die Erfahrung, daß Hirntumoren häufig mit hysterischen Symptomen beginnen, wird nur kurz behandelt.

Vigouroux (69) beschreibt den Fall eines 25jährigen Mannes, der nach Grippe neurasthenisch und Hypochonder wurde und dann ein systematisches und konstantes délire de négation darbot bis zu seinem nach 1½ Jahren erfolgenden Tode. Im Leben bestand Glykosurie, bei der Sektion wurde Trübung der Hirnhäute, perivaskuläre Rundzelleninfiltration bei intakten Gefäßen und unbedeutenden Veränderungen an den Ganglienzellen und den Fasern, aber vorgeschritten Leberatrophie gefunden, die nach der Beschreibung als braune Atrophie anzusprechen ist. *V.* sieht in ihr die Ursache einer Psychose aus Autointoxikation und spricht sich gegen die Annahme von Dem. paral. aus.

Ein Fall von Tumor im vordern Teil des Balkens gibt *Mingazzini* (41) Anlaß, die Möglichkeit der Diagnosestellung intra vitam zu erörtern. Von den im ganzen recht unsicheren Kriterien der Lokalisation bestätigt sein Fall die Bedeutung doppelseitiger Hemiparese ohne Beteiligung der Hirnnerven und ohne Sensibilitätsstörung, zumal mit stärkerer und früherer Parese der Oberextremitäten, ferner die Bedeutung von Kontrakturen der Nackenmuskulatur. Psychische Störung, die nach *Schuster* fast ausnahmslos und früh bei Balkengeschwülsten auftreten soll, erschien hier erst kurz vor dem Tode. *M.* schließt damit, daß Klinik, Physiologie, Anatomie und Pathologie noch weitere Untersuchungen erfordern zur Aufklärung über die Funktionen des mächtigen Organs, das man noch heute als großes Geheimnis bezeichnen muß.

Der zweite Fall betrifft einen mandarinengroßen Tumor im oberen Teil der linken Zentralwindung, der operativ entfernt wurde, doch starb der Mann am sechsten Tage. *M.* bespricht den Weg der Diagnose und Lokalisation und weist auf die forensische Bedeutung der Reizbarkeit hin, die bei dem Kranken eins der ersten Symptome gebildet hatte.

In einem von *Mocquin* (42) mitgeteilten Fall hatte eitrige Ependymitis bei einem deliranten und an Pneumopleuritis leidenden Potator Tumorsymptome hervorzurufen, allerdings stand das Gehirn unter starkem Druck des in den Ventrikeln angestauten und durch Verklebung des Aqu. Syl. am Abfluß behinderten Ergusses.

Im Falle von *Moleen* (43) fand sich eine große Abszeßhöhle mit schwieligen Wänden in der weißen Substanz der linken Hemisphäre mit Durchbruch in den Ventrikel, exsudative basilare Meningitis bei einer 33jährigen, deren ernste Erkrankung erst seit einigen Monaten datierte, die aber seit der Kindheit an schweren Kopfschmerzen mit Erbrechen gelitten hatte. Sie stammte von einem syphilitischen Vater. *M.* nimmt an, daß sie ihr Gumma seit der Kindheit getragen hat und es erst in letzter Zeit durch Erweichung oder rasches Wachstum manifest wurde.

Spiller und *Weisenburg* (62) teilen die metastatische Karzinose des Zentralnervensystems ein 1. in Fälle, wo sich ein metastatisches Karzinom von einem primären Herde im Körper aus entwickelt, 2. wo Substanzveränderungen im Gehirn oder im Rückenmark nicht karzinomatöser Natur bestehen, die aber durch Druck usw. verursacht sind, 3. wo die peripherischen Nerven von Metastasen ergriffen sind, 4. wo es sich vermutlich um Toxinwirkung handelt. In dieser Einteilung werden an der Hand der Literatur und eigener Beobachtungen Sitz und Anatomie der Metastasen, ihre Beziehungen zum primären Karzinom eingehend besprochen. Die auf Toxämie zurückzuführenden Veränderungen sind ungemein variabel, die psychischen und nervösen Symptome geben an Buntheit denen bei Hysterie und Syphilis nichts nach, auch bulbäre Erscheinungen können auf toxischer Grundlage, zuweilen vorübergehend, zur Beobachtung kommen, Psychosen im engeren Sinne traten indessen bei Metastasen, die nicht im Gehirn selbst sitzen, selten auf, in der Regel als Verworrenheit, aber auch als Manie oder unter dem Bilde der Dem. par., in einem der berichteten Fälle als periodische Erregung. Oft entspricht dem klinischen Befund der peripherischen Nerven der anatomische nicht, dieser blieb aus, wo er erwartet wurde und fand sich, ohne klinische Symptome gemacht zu haben. Die gewöhnlich in Kernverschiebung und Chromolyse bestehende Veränderung der Nervenzellen war in höherem Grade in den sog. toxischen Fällen vorhanden als da, wo das Nervengewebe der Sitz des Karzinoms war.

Putnam und *Waterman* (53) berichten über neun Fälle von Kleinhirntumoren, deren Besonderheiten besprochen werden. Von Interesse ist der Fall eines zehnjährigen Knaben, bei dem sich sehr bald nach allgemeinen Tumorsymptomen beiderseitige Abduzenslähmung, Neurit. opt. und Charakterveränderung entwickelte, er wurde reizbar und frech in seinen Reden, beständiges Erbrechen und Stirnkopfschmerz ließen ihn rasch verfallen. Freilegung des Kleinhirns führte nicht zur Entdeckung des Tumors, beseitigte aber die schweren Folgen so weit, daß Pat. bis auf Strabismus und Fehlen der Patellarreflexe sich vollkommen erholte. Der Prolaps des Kleinhirns machte ihm keine Beschwerden, selbst wenn er darauf lag. Als zehn Monate später die früheren Beschwerden wiederkehrten, stellte die Entfernung von Teilen des Tumors den Zustand der Besserung wieder her. Den Tumor ganz zu entfernen, gestattete seine mangelhafte Abgrenzung und der beim Versuch sofort eintretende Stillstand der Atmung nicht. Verf. betonen die Ähnlichkeit der psychischen Symptome mit denen bei Stirnhirntumoren, was so oft die Unterscheidung beider Sitze erschwert. Noch in zwei anderen der Fälle hat die Operation befriedigenden Erfolg gehabt, in einem durch Entfernung des Tumors, im zweiten durch Verminderung des Drucks.

Im ersten Fall der Arbeit von *Gardinier* und *Carey* (21) ließen die zahlreichen von den perithelialen Zellen der Blutgefäße ausgehenden und um die zweiten, dritten, vierten und achten Nervenpaare gewucherten Zylindrome (*Billroth*) an einen Tumor des Corp. quadrigemin. denken. Im zweiten

Fall fand sich ein eigroßer Tumor, ausgehend von ependymalen Zellen des Plexus choroid. im vierten Ventrikel mit dem Wachstum durch das Velum medullare post. in den Unterwurm. Verf. betonen, daß die Geschwulst die charakteristischen Symptome eines Tumors des Mittellappens des Kleinhirnes gemacht hätten, der klinische Bericht verrät davon indessen wenig, die Symptome waren trotz kurzer Krankheit vielmehr geringfügig, vielleicht erklärt sich das durch die Jugend des Patienten (10jähriger Knabe).

Von den durch *Liebscher* (35) mitgeteilten Fällen ist der erste ein typischer Fall von Cysticerkose wegen der Vollzähligkeit der für Gehirncysticerkose charakteristischen Symptome, der zweite bot nur folgende Erscheinungen: auf Gehörstäuschungen basierende Erregungszustände, die lange Zeit fast ausschließlich das Krankheitsbild beherrschten, epileptiforme Anfälle und Kopfschmerzen. Auf eine Narbe im rechten Schläfenlappen, die anscheinend von einem durch die Rinde gebrochenen Cysticercus herrührt, seien die auf Gehirnhalluzinationen beruhenden Erregungszustände zurückzuführen entsprechend der Annahme, daß der rechte Schläfenlappen auch bei Rechtshändern einen gewissen, individuell wechselnden Anteil am Sprechakt hat.

Bullard und *Southard* (8) beschreiben einen Fall von Gliose: Bei dem 6jährigen Knaben trat einen Monat nach einem Falle von der Treppe ohne Bewußtseinsverlust, aber mit Nasen- und Ohrblutung (?), Unsicherheit des Ganges, Stumpfheit bis zur Verblödung, schließlich Blindheit und Taubheit ein. Tod nach einem Jahre im Anschluß an Trepanation. Sklerose der weißen Substanz des Hinterhaupts-, Parietal- und Temporallappens, der Thalam. opt. und in symmetrischen Partien des Kleinhirns. Im mikroskopischen Bilde wechselten Massen von Gliozellen und Riesenzellen mit fibrillenbildenden Zellen oder geschichteter fibrillärer Gliose ab. Leiderkommen keine Abbildungen der schwer verständlichen Schilderung des Befundes zu Hilfe.

Apelt (3) bespricht an der Hand einiger Fälle die Schwierigkeit der Diagnose der Pachymeningitis haemorrh., wie einerseits klassisch erscheinende Fälle den Operateur enttäuschen, andererseits Gehirnläsionen anderer Art das Bestehen des Hämatoms verdecken. Die Kasuistik umfaßt: Pachymeningitis int. haem., Alkoholismus, Insolation, gewisse Formen der Encephalomalacie, Apoplexia sanguinea und Spätapoplexien, Thrombose mit Erweichung, Fettembolie nach Frakturen und neuerdings die akute Hirnschwellung.

Zwei interessante Beobachtungen veröffentlicht *Dercum* (14 und 15), im ersten begann ein Jahr nach Exstirpation der makroskopisch normalen vergrößerten Schilddrüse Abmagerung, Kontraktur und Schmerz aller Extremitäten. Die Kranke war schließlich völlig hilflos und starb sechs Jahre nach der Operation an Erschöpfung. Es fanden sich Tumoren bis zu Eigröße in den Lungen, ein bohnengroßer unter der Dura, desgleichen zwei am Os saccum und dem Proc. spin. des 2. Lendenwirbels und unter der Dura in der Höhe des 4.—5. Halswirbels und des 2. Lendenwirbels. Diese Tumoren erwiesen sich als aus Thyreoidgewebe bestehend. *D.* konnte nur

zwei Fälle von Metastasierung der Thyreoidea in der Literatur finden. Die Frage, ob die Tumoren maligne waren, ließ sich aus dem obigen Befunde nicht beantworten.

In *Dercums* (15) Fall von Sarkom des Kleinhirnes war bemerkenswert die metastatische Infiltration der hinteren Partie der spinalen Pia vom Halsmark bis zum Lendenmark, sie begleitete nur stellenweise die Gefäße bis in die Hinterhörner.

In dem Falle von *Walton* und *Brewster* (74) (Kopfverletzung eines Bremsers durch Anstoßen gegen eine Brücke) war die prompte Heilung nach Entfernung massenhaften Blutgerinnsels unter der Dura im Bereiche des linken Schläfenlappens bemerkenswert. Die aphasischen Symptome nach dem Unfall sind sehr genau nach dem *Bastian*schen Schema dargestellt und erwiesen sich als transkortikale Aphasie mit Beteiligung des Wortverständnisses.

Das Wesen der bei Erkrankung der Pyramidenbahnen auftretenden Kontrakturen behandelt *Förster* (20) in einer sehr gründlichen, an interessanten Beobachtungen reichen Arbeit, in der er nachweist, daß bei den Pyramidenerkrankungen eine jede Muskelgruppe, wenn ihre Insertionspunkte durch irgend welche Faktoren einander genähert werden, dazu neigt, sich dieser Näherung mittels aktiver, unwillkürlicher, allmählich progredienter Spannungsentwicklung anzupassen und in diesem Zustand der Verkürzung zu verharren. Diese Faktoren sind mannigfaltig, teils rein äußerer Natur, wie Lagerung, und Eigenschwere der Glieder, teils bedingt durch aktive Muskelspannungen, durch die Verteilung der Lähmung auf die einzelnen Muskelgruppen, durch unwillkürliche Mitbewegungen u. a., gemeinsam ist das Erhaltenbleiben der erteilten Stellung. Die Spannungsentwicklung erweist sich als ein zentripetal bedingter subtkortikaler Reflex, sie ist die Steigerung des normalen Fixationsreflexes, des normalen Widerstandes, den jeder Muskel seiner Dehnung reflektorisch entgegenstellt. Ein analoger Vorgang liegt der Kontraktur bei Paralysis agitans, der arteriosklerotischen Muskelstarre und der Flexibilitas cerea zugrunde.

Auf Grund weiterer Prüfung hält *Gordon* (22) den von ihm beschriebenen „parad. Flexorenreflex“ (Zehenextension bei Druck der Wadenmuskeln zu beiden Seiten des Schienbeins) für ein wertvolles Frühzeichen von Erkrankung der motorischen Bahnen, das oft schon zu erzielen ist, wo Oppenheim- und Babinskireflex noch fehlen.

Neue Beobachtungen über die sensiblen Funktionen des Trigeminus liefert *Dana* (12): Absolute Anästhesie im Gebiet des III. Quintusastes nach Durchschneidung in einem Falle spricht gegen die Theorie von *Head, Rivers* und *Sherren* (Brain 1905), in einem Falle von hysterischer Anästhesie war indessen unbestimmte tiefe Empfindung erhalten. Das anästhetische Feld weicht von den sonstigen Darstellungen des Versorgungsgebietes nicht unwesentlich ab.

Mills und *Weisenburg* (40) suchen an vier Krankheitsberichten nachzuweisen, daß die kortikale Repräsentation der kutanen und Muskelsensibilität

unabhängig von der motorischen Repräsentation ist, daß sie die motorische Zone umgibt und daß sie in eine Mosaik von Zentren zerfällt, wobei jedes Zentrum oder jede Zentrengruppe in anatomischer und funktioneller Beziehung zu einem motorischen Zentrum (Zentrengruppe) steht. Ferner, daß jeder Muskel oder jede Muskelgruppe für seine zentral repräsentierten Bewegungen topographisch in Beziehung steht zu einem Hautteil, der ebenfalls sein bestimmtes kortikales Zentrum hat, und daß dieses Zentrum anatomisch und funktionell mit dem motorischen Zentrum in Beziehung steht; schließlich, daß die stereognostische Repräsentation gleich der kutanen und Muskelsensibilität und den Bewegungen wiederum ihr unabhängiges zentrales Feld besitzt.

Von den vier Fällen ist nur einer obduziert, die Läsion betraf fast die ganze Postzentralwindung und Subparietalregion, im zweiten und dritten war sie in der hinteren Zentralwindung zu vermuten, im vierten desgleichen, aber mit Beteiligung der vorderen Zentralwindung und der Subparietalregion. In allen Fällen bevorzugte die Sensibilitätsstörung Mittel-, Ring- und kleinen Finger und den ulnaren Teil der Hand, und war distal stärker als proximal. in den ersten drei Fällen fand sich die ungewöhnliche Erscheinung, daß Berührungs- und Schmerzgefühl stärker an der dorsalen als an der palmaren Fläche der Hand gestört war, im zweiten Falle hatte der Patient, wenn Hand und Arm völlig schlaff waren, keine Empfindung von der Lage und Bewegung der dorsalflektierten Finger, wohl aber der plantarflektierten. Namentlich im vierten Falle sahen *M.* und *W.* Bestätigung ihrer Ansicht von der Unabhängigkeit der zentralen Felder für Stereognosie und Haut- bzw. Muskelsensibilität.

Spiller (63) vertritt die Anschauung, daß die motorischen Zentren von den sensorischen getrennt sind, der mitgeteilte Fall deutet auf die Trennung der sensorischen Zentren für die obere Extremität von den für die untere. Nach Schlag gegen die rechte Parietalregion blieb starke Störung des Lage- und stereognostischen Gefühls im linken Arm zurück, Tast-, Schmerz- und Temperatursinn waren in geringerem Grade gestört. Die Bewegungen der oberen Extremitäten waren etwas linkisch, sonst unbehindert. Das Bein war ganz unbeteiligt.

Dana (13) nimmt nur eine Form der progressiven Muskelatrophie an. welche die amyotrophische Lateralsklerose, die ophthalmische, bulbäre und spinale Gattung in sich schließt, die Bezeichnung am. Lat. will er nur für die von vornherein und überwiegend mit spastischen Symptomen einhergehenden Fälle gelten lassen. Von diesen Formen unterscheiden sich zwei durch Ursache, Erkrankungsalter und Verlauf abweichende Typen, für die *D.* den Namen progressive Beschäftigungsatrophie und subakkute Potiomyelacea anterior vorschlägt, erstere durch langsamen Verlauf und Bevorzugung der Schultern, des Rumpfes und des Beckengürtels ausgezeichnet, letztere durch remittierenden Verlauf und wahrscheinlich syphilitische Herkunft. *D.* berichtet einige Fälle und gibt eine Reihe statistischer Daten aus einem Material von 72 Fällen.

Die Beobachtung von *Church* (9) betrifft einen durch seine Heredität bemerkenswerten Fall von progr. Muskelatrophie von peronealem Typus. Die Krankheit fand sich in sechs Generationen, wahrscheinlich noch in drei weiteren Generationen. Betroffen waren nur die männlichen Mitglieder, aber zwei Tanten m. S. hatten Opticusatrophie und eine Schwester Schwäche der Fußgelenke.

Onuf (48) macht an der Hand einiger Fälle aufmerksam auf Erscheinungen von Muskelatrophie bei Epileptikern: flügelförmiges Abstehen der Schulterblätter infolge der Schwäche des trapezius, vielleicht auch des serratus magnus, rhomboideus und levator angul., Atrophie des infra- und supraspinatus, der deltoides und anderer Muskeln des Schultergelenks, Lordose, Pes valgus, Atrophie der Gesichtsmuskeln, Entartungsreaktion und fibrilläre Zuckungen der befallenen Muskeln. In zwei Fällen ließ sich der familiäre Typus nachweisen. Auch dies spricht gegen die Deutung des Befundes als sekundäre Veränderungen, d. h. als Folge der Konvulsionen.

Das Unikum eines ausschließlich auf den Globus pallidus jeder Seite beschränkten Erweichungsherdes veröffentlicht *Besta* (4). Sekundäre Degeneration ließ sich durch den Seh- und Streifenkörper bis zum Hauptteil der Schleife verfolgen. *B.* schließt aus dem Befunde, daß der Globus pallidus eigene Blutversorgung haben muß und daß die Sprachbahn selbständig ist und mit oder ohne Unterbrechung durch den Globus pallidus und den lemniscus zieht.

d) Psychosen bei diffusen Gehirnerkrankungen.

White (75) begründet eine neue Einteilung der Psychosen darauf, ob ihnen die Tendenz zu Demenz innewohnt oder nicht.

Psychosen ohne Demenz: 1. Infektions-Erschöpfungspsychosen (febrile, postsenile, Collaps, Delirium), 2. toxische Psychosen, a) Urämie, Diabetes, Myxödem, b) Alkohol etc., 3. manisch-depressives Irresein, 4. Psychosen mit nicht destruktiven Nervenkrankheiten und mit nicht infektiösen Organerkrankungen, 5. Psychoneurosen (Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Psychasthenie, Hypochondrie), 6. konstitutionelle Psychopathien (konstitutionelle Verstimmung), sexuelle Perversion, pathologischer Charakter.

Psychosen mit Demenz: 1. Demenz praecox, 2. Melancholie des Rückbildungsalters, 3. senile und präsenile Psychosen, 4. Paranoia und nicht anderweitig klassifizierte paranoide Zustände, 5. Paralyse, 6. Psychosen mit destruktiven Nerven- und Organkrankheiten.

Paranoia rechnet er zur zweiten Gruppe, weil die Urteilsfälschung auch in dem reinsten Fall von Paranoia nur als erste Stufe des Schwachsinns aufzufassen sei. Wenn *W.* sagt, daß auch die nicht verblödenden Psychosen bei schwachen und sehr disponierten Individuen in Demenz ausgehen können und fortgesetzte toxische Schäden Demenz herbeiführen, so zeigt er damit die schwachen Punkte und praktischen Schwierigkeiten seiner Einteilung.

Die psychischen Störungen bei amyotrophischer Lateralsklerose erörtert *Cullerre* (11) an sechs Fällen. Sie schwanken von leichter Demenz bis zu der Verblödnng der Paralytiker, von einfacher Psychasthenie zu komplexen Formen von Psychosen, Melancholie mit Neigung zu Suicid und systematisierten Delirien. Im letzteren Falle gleichen sie sehr den senilen.

Nach eingehender Prüfung der Literatur über die bei multipler Sklerose vorkommenden psychischen Störungen berichtet *Raecke* (54) aus eigener Beobachtung, daß unter 37 Kranken 13 deutlichen Schwachsinn, neun andersartige psychische Störungen darboten. Im Initialstadium fand sich fünfmal einfache traurige Verstimmuug, dreimal affektive Störung mit deliriösen Zuständen, einmal bei vorgeschrittenem Leiden ein eigenartiges paranoisches Krankheitsbild. In einem Falle steigerte sich die Depression mit der vollen Entwicklung des somatischen Leidens zu heftigem Taedium vitae, in einem anderen griff die Kranke zu Brandstiftung zum Zwecke der Selbstvernichtung. Es folgen vier ausführliche Krankheitsgeschichten. Im ersten Falle traten Angstzustände mit vereinzelten Halluzinationen bereits im Beginn der Krankheit auf, später angsthafte, zwischendurch beglückende Sinnestäuschungen. Im Vordergrunde standen hysteriforme Zustände mit transitorischen Paresen und Aphasien abwechselnd mit epileptoiden Schwindel- und Schlafanfällen. Aphasien nach epileptiformen Anfällen zeichneten auch den zweiten Fall aus, die psychischen Erscheinungen entwickelten sich aus Demenz und kindischem hysterischem Wesen zu schweren Erregungszuständen mit delirantem, oft triebartigem Charakter und inkohärentem Gefasel. Die psychischen Symptome des dritten Falles ließen an Paralyse denken, die aber aus den übrigen auszuschließen war. Auffallend war in allen Fällen das lange Zeit erhaltene Interesse für die Umgebung. die geringe gemütliche Stumpfheit und die meist gute Orientierung. *R.* bestätigt aus seiner Erfahrung die Bemerkung *Meynerts*, daß Demenz im allgemeinen im späteren Krankheitsverlauf einsetze und den körperlichen Symptomen und bei jüngeren Individuen vorangehe, bei denen die Krankheit bereits eine Entwicklungshemmung gesetzt hat.

In dem *Grumann*schen Falle (24) scheint indessen läppisches Wesen und Charakterveränderung bereits vor dem somatischen Leiden eingetreten zu sein, obgleich der Patient im 34. Jahre stand. Später traten Euphorie und gelegentlich Größenideen auf.

Taylor (68) behandelt mehr die somatischen Symptome der m. Skl., er widerspricht der Meinung, daß multiple Sklerose in Nordamerika wesentlich seltener sei als in Europa, man halte sich zu sehr an die Kardinalsymptome und das typische Krankheitsbild, deshalb bleibe eine große Anzahl von Fällen unerkannt, gerade atypische Fälle seien ungemein häufig. Mit *Uhthoff* hält *T.* den Augenbefund für wichtiger als manches sog. Kardinalsymptom. Zwölf Krankheitsgeschichten erläutern dies auch in der Richtung. daß sich post mortem ausgedehnte m. Skl. finden kann, ohne daß die Diagnose im Leben gestellt werden konnte, in zweien dieser Fälle fehlte der

typische Tremor und subjektive und objektive Sensibilitätsstörungen standen im Vordergrunde. Fehlen der Abdominal- und Kremasterreflexe, das auch als ein wertvolles diagnostisches Merkmal bezeichnet worden ist, hat *T.* in allen Fällen von m. Skl. konstatiert, mißt ihm aber nicht viel Bedeutung bei.

Aus seinen Untersuchungen des Befundes bei Eklampsie entnimmt *Pollak* (51), daß die Ansicht nicht haltbar sei, daß die noch unbekannte Noxe die sensiblen Hinterstränge angreife und die motorischen Zellen nur die Übertragung des Reizes auf den Muskelapparat vermittelten. Denn sowohl die motorischen Vorderhornzellen wie die Kerne der motorischen Hirnnerven, die Zellen der *Clarke*schen Säulen und der Spinalganglien wiesen mehr oder weniger schwere Veränderungen auf, welche die chromophile Komponente des Zelleibes und den Zellkern betrafen. Die Veränderungen an den Ganglienzellen der Hinterhörner traten dagegen an Intensität weit zurück. Auch die Stützsubstanz des Rückenmarkes, namentlich die Gliazellen zeigten sich verändert, letztere stark geschwollen, die großen Pyramidenzellen der Hirnrinde ließen basale Anhäufung der chromophilen Substanz und Neuronophagie erkennen. Die puerperale Eklampsie teilt hiernach die Prävalenz der motorischen Zellen bei der Auslösung der Krämpfe mit dem Tetanus. Prozesse indessen, die als der puerperalen Eklampsie eigentümlich anzusprechen wären, ließen sich nicht feststellen.

Fischer (18) hat sich die Aufgabe gestellt, die Frage nach der Herkunft der Zellvermehrung im Liquor cerebrospinalis zu lösen. Hinsichtlich der angewandten Methode, der Beschreibung der Zellen, die durch gute Abbildungen illustriert wird, der Einzelbefunde und tabellarischen Zusammenstellung ist auf das Original zu verweisen. Das wertvollste Ergebnis der Untersuchung ist, daß einfache Abhängigkeit des Zellreichtums des punktierten Liquors von der cerebralen Meningeninfiltration nicht besteht, daß der Zellreichtum sowohl in der Zahl wie der Art der Zellen vielmehr von der Art der meningealen Infiltration der untersten Rückenmarksabschnitte abhängt und daß die größeren plasmareichen Zellen den Plasmazellen der Meningen entsprechen, genetisch also selbst Plasmazellen sind. Die unserer klinischen Untersuchung zugänglichen Liquorzellen stellen danach herausgeschwemmte Exsudatzellen der Meningen dar. Da der Liquor nicht nur Lymphocyten und Leukocyten enthält, sondern noch eine dritte Art, die Plasmazellen, schlägt *F.* vor, den nicht präjudizierlichen Ausdruck Pleocytose statt Lymphocytose einzuführen.

Die bei akuter Meningitis vorkommenden psychischen Erscheinungen können nach der Natur der Krankheit nichts Charakteristisches haben, der von *Sainton* und *Voisin* (59) mitgeteilte Fall verlief mit apathischer Demenz.

Hall und *Hopkins* (25) besprechen klinische Daten betreffend tuberkulöse Meningitis. Auffallend ist, daß 29 der 52 grundleglich gemachten Fälle das Alter über 20 Jahre umfaßten.

(45) Doucine ist eine afrikanische Infektionskrankheit der Equilinen, die durch Trypanosomen hervorgerufen wird, aber im Gegensatz zur Schlafkrankheit durch die Begattung übertragen wird. Sie setzt im Zentralnerven-

system der Schlafkrankheit sehr ähnliche Veränderungen, etabliert sich aber auch in den Zellen der hinteren Spinalganglien und Wurzeln und den Hintersträngen, während die Schlafkrankheit sie frei läßt. Die bekannten psychischen Symptome der Schlafkrankheit sind durch Drucksteigerung im Gehirn infolge von verlangsamter Lymphströmung, durch mangelhafte Ernährung der Zellen und durch die wenigstens im späteren Stadium nachweisbare Erkrankung der Neurone zu erklären.

Kutner (33) berichtet über kortikale Herderscheinungen bei Polyneuritis, im ersten Falle Aphasie, deren endgültig zurückgebliebene Dauersymptome im ganzen dem Bilde einer bis zu einem gewissen Grade zurückgebildeten totalen, motorischen und sensorischen kortikalen Aphasie entsprachen. Bestimmte Schreib- und Lesestörung ließ neben der Affektion am Orte der Sprechlautbilder auch eine am Orte der optischen Erinnerungsbilder vermuten. Im zweiten Falle, bei dem die Unterscheidungsmerkmale von Paralyse eingehend gewürdigt werden, hatte die dauernd zurückgebliebene Sprachstörung den Charakter einer transkortikalen sensorischen Aphasie, wobei allerdings die Störung der Schriftsprache nicht ganz dem Schema entsprach. In den beiden letzten Fällen, wie auch dem ersten, bestanden Anfälle *Jackson*scher Epilepsie. Die Erklärung ist in umschriebenen Exacerbationen des chronischen Hirnprozesses zu suchen, vielleicht in einer schweren aber doch reparativen Schädigung durch Giftwirkung, die sich zugleich mit der diffusen Hirnschädigung mit dem Grade der Entgiftung zurückbildet. Hierdurch wäre auch die Wiederkehr der Anfälle in fast gleicher Form verständlich.

Knapp (30) faßt die polyneuritischen Psychosen als eine ätiologische Krankheitsgruppe auf, die den vielgestaltigen Gruppen der paralytischen und hebephrenischen Psychosen als dritte, gleichwertige, organisch bedingte an die Seite zu stellen sei, und unterscheidet delirante Zustände, stuporöse Formen, einfache primäre Demenz, halluzinatorische Psychosen mit oder ohne Systematisierung, paranoische Zustände, Angstpsychosen, hypochondrische Angstpsychosen, den Symptomenkomplex des Delirium acutum, expansive Autopsychosen, Manien und Melancholien, Motilitätspsychosen, den hebephrenischen Formen ähnliche Zustände und Zwangsvorstellungen. Für die Zugehörigkeit dieser mannigfaltigen Formen zu der polyneuritischen soll das Zusammentreffen ausgesprochener neuritischer Symptome mit dem amnestischen (*Korsakow*schen) Symptomenkomplex maßgebend sein, aber *K.* weist selbst darauf hin, daß der Prozess gelegentlich die peripherischen Nerven so gut wie ganz verschonen und andererseits den amnestischen Symptomenkomplex nicht in seiner vollen Ausbildung zur Erscheinung bringen kann. Die von ihm erhoffte Erweiterung des Krankheitsbildes durch seine Arbeit wird deshalb nicht allgemeine Anerkennung finden. *K.* schildert eingehend acht atypische Fälle und gibt eine erschöpfende und übersichtliche Darstellung der Störungen im Gebiet der peripherischen Nerven, der Temperatur, der kortikalen Herderscheinungen und der polyneuritischen Anfälle. Den Schluß bilden die Affekte bei polyneuritischen Psychosen, die

motorischen Äußerungen, Verlauf und Ausgänge, Ätiologie und Differentialdiagnose.

Amberg (2) und *Bryant* (7) erörterten den direkten und indirekten Einfluß der Ohraffektionen auf die Entstehung von psychischen Störungen. Sie können nach *Amberg* den normalen Vorstellungsablauf stören, Illusionen und Halluzinationen veranlassen, deren Wirkung auf die Psyche von der Disposition des Kranken abhängt, toxämisch wirken und auch ohne Prädisposition mittelbar durch Erschöpfung, i. e. Neurasthenie, Psychosen erzeugen. *A.* streift ferner die forensische Bedeutung und die Notwendigkeit spezialistischer Behandlung und der gründlichen Untersuchung des ganzen Körpers.

Bryant führt aus, daß Gehörshalluzinationen wahrscheinlich zum größten Teil aus subjektiven Ohrgeräuschen stammen, Besserung der Ohrerkrankung hilft zur Besserung oder Heilung der Psychose, Fortbestehen des Ohrleidens hindert sie, einseitige Halluzinationen rühren stets von Ohrerkrankung dieser Seite her.

Prince (52) beschreibt folgenden Fall: Beginn im 15. Jahre mit choreiformen Bewegungen der Augenlider, der Gesichtsmuskeln, später der Arme und Beine, im 25. Jahre traten unfreiwillige Laute, sinnlose Ausrufe, später Worte meist indezenten und blasphemischen Inhaltes hinzu, die sich auf Gehörtes und Situationen bezogen. Zuletzt knüpften sich an intendierte Handlungen, die sonderbarsten, scheinbar absichtlichen Bewegungen, z. B. beim Rasieren drohendes Herumfuchteln mit dem Messer, alles dies aber nur in Gegenwart oder in Hör- und Sehweite von Personen. Im übrigen war Patient ein gesunder, als Anstreicher tüchtiger, bescheidener und schüchterner Mann. *P.* fahndete auf „Verdoppelung des Bewußtseins“, hypnotische Versuche scheiterten.

Blumer (5) plädiert für die Abgrenzung des Krankheitsbildes der Psychasthenie von der Neurasthenie und rechnet mit *Janet* die mit Depression, Gefühl der Insuffizienz, Angst- und Zwangszuständen einhergehenden Zustände zur Psychasthenie. Die Behauptung, daß Abulie und das Hervorstechen des Phantasielebens Kardinalsymptome der Psychose sind, wird man ihm in dieser Schärfe nicht zugeben.

Booth (6) erörtert die angeblichen Nervenschädigung durch Coitus interr. und ähnliche Praktiken. Die angeführten Fälle sind nicht beweiskräftig.

---

5. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

1. *Alt, Konrad*: Videant consules! Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1905, Nr. 43—45. (S. 174.)
2. *Vocke*, Dr.: Über die Lage des irrenärztlichen Standes. Referat auf der Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychi-

ater zu Würzburg am 5. Juni 1906. Universitätsbuchdruckerei Dr. C. Wolf u. Sohn, München, 1906. (S. 175.)

3. *Hoppe, Dr. H.*, Nervenarzt in Königsberg (Pr.): „Ein Gang durch eine moderne Irrenanstalt". Verlag von C. Marhold, Halle (Saale) 1906. (S. 175.)
4. *Werner, Richard P.*, Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf. Fischers medizin. Buchhandlung, Berlin 1906. (S. 176.)
5. Bericht über die Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau pro 1905. (S. 177.)
6. Bericht der Provinzialirrenanstalt Conradstein 1905. (Dir. Med.-R. Dr. *Kroemer.* (S. 178.)
7. Bericht der Provinzialirrenanstalt Neustadt i. Westpreußen 1905. (Dir. Dr. *Rabbas.*) (S. 179.)
8. Bericht der Provinzialirrenanstalt Schwetz i. Westpreußen 1905. (Dir. Dr. *Schauen.*) (S. 180.)
9. Bericht der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf in Wittenau-Berlin 1905. (Dir. Geh. Med. Rat Dr. *Sander.*) (S. 180.)
10. Bericht der Irrenanstalt Herzberge in Lichtenberg-Berlin 1905. (Dir. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli.*) (S. 180.)
11. Bericht der Anstalt für Epileptische Wuhlgarten 1905. (Dir. Dr. *Hebold.*) (S. 181.)
12. Bericht der Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow" in Zehlendorf bei Berlin 1905. (Dir. Prof. Dr. *Max Laehr.*) (S. 181.)
13. Bericht der Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt zu Sorau 1905. (Dir. Geh. Sanitätsrat Dr. *Schmidt.*) (S. 181.)
14. Bericht der Provinzialirrenanstalt Ueckermünde für die Zeit vom 1. April 1900 bis 31. März 1905. (Dir. San.-Rat Dr. *Knecht.*) (S. 182.)
15. Bericht der Provinzialirrenanstalt Dziekanka 1905/06. (Dir. Sanitätsrat Dr. *Kaiser.*) (S. 183.)
16. Bericht der Provinzialirrenanstalt Owinsk 1905/06. (Dir. Dr. *Werner.*) (S. 183.)
17. Bericht der Provinzialirrenanstalt Obrawalde 1905/06. (Dir. Dr. *Scholz.*) (S. 184.)

18. Bericht der Provinzialirren- und Idiotenanstalt zu Kosten 1905/06. (Dir. Sanitätsrat Dr. *Dluhosch.*) (S. 184.)
19. Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau 1905/06. (S. 185.)
20. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau 1905/06. (Dir. Dr. *Neißer.*) (S. 185.)
21. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg (Schles.) 1905/06. (Direktor Dr. *Buttenberg.*) (S. 185.)
22. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Leubus 1905/06. (Direktor Geh. San.-Rat Dr. *Alter.*) (S. 186.)
23. Bericht der Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt (Holstein) 1904 und 1905. (Dir. Dr. *Dabelstein.*) (S. 187.)
24. Bericht über das 85. Verwaltungsjahr der Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig. 1905. (Dir. Dr. *Kirchhoff.*) (S. 188.)
25. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Göttingen. 1905/06. (Dir. Prof. Dr. *Cramer.*) (S. 188.)
26. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim. 1905/06. (Dir. San.-Rat Dr. *Gerstenberg.*) (S. 189.)
27. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg. 1905/06. (Dir. Dr. *Otto Snell.*) (S. 189.)
28. Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Osnabrück. 1905/06. (Dir. Dr. *Schneider.*) (S. 190.)
29. Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt (Main). 1905. (Dir. Dr. *Sioli.*) (S. 190.)
30. Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau. 1905. (Dir. Dr. *Richard Snell.*) (S. 191.)
31. Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster. 1905. (Dir. Dr. *Lantzius-Beninga.*) (S. 191.)
32. Bericht über die sieben Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz. Rechnungsjahr 1905/06. (S. 191.)
33. Der Tannenhof bei Lüttringhausen (Rheinland), evangelische Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke. Bericht 1905. (Leitender Arzt Dr. *Beelitz*). (S. 192.)
34. Bericht der Kreis-Irrenanstalt Bayreuth. 1905. (Dir. Med.-Rat Dr. *Kraussold.*) (S. 193.)

35. Bericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren. 1905. (Dir. Dr. *Prinzing*). (S. 193.)
36. Bericht der Kreis-Irrenanstalt München und der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München. (Dir. Dr. *Vocke*.) (S. 194.)
37. Bericht der oberfränkischen Kreis-Irrenanstalt zu Kutzenberg. 1905. (Dir. Dr. *Kolb*.) (S. 194.)
38. Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1904. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. 1906. (S. 195.)
39. Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische. 1904. Herausgegeben vom Königl. Medizinalkollegium, Stuttgart 1906. (S. 198.)
40. Jahresbericht der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. 1905. (Dir. Geh. Med.-Rat Dr. *Haardt*.) (S. 200.)
41. Bericht der Großherzoglich Badischen Psychiatrischen Klinik zu Freiburg (Baden). 1905. (Dir. Prof. Dr. *Hoche*.) (S. 200.)
42. Jahresbericht der Großherzoglich Badischen Universitäts-Irrenklinik Heidelberg. 1905. (Dir. Prof. Dr. *Nissl*.) (S. 201.)
43. Jahresbericht der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau. 1905. (Dir. Geh. Rat Dr. *Schüle*.) (S. 201.)
44. Bericht der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim. 1905. (Dir. Geh. Med.-Rat Dr. *Fischer*.) (S. 202.)
45. Bericht der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch. 1905. (Dir. Dr. *Fischer*.) (S. 202.)
46. Bericht der Irrenheil- und Pflegeanstalt Gehlhsheim bei Rostock in Meckl. 1905. (Dir. Geh. Rat Dr. *Schuchardt*.) (S. 202.)
47. Bericht der Irrenheil- und Pflegeanstalt Sachsenberg bei Schwerin i. Mecklenburg 1905. (Dir. Obermedizinalrat Dr. *Matusch*.) (S. 203.)
48. 7. Bericht der Landesirrenanstalt bei Alt-Strelitz. 1904 und 1905. (Dir. San.-Rat Dr. *Serger*.) (S. 203.)

49. Bericht über das Fürst Karl-Landesspital zu Sigmaringen. 1905. (Dir. San.-Rat Dr. *Bilharz.*) (S. 204.)
50. Bericht des Genesungshauses Roda. 1905. (Dir. Dr. *Schäfer.*) (S. 204.)
51. Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg 1905. (Dir. Prof. Dr. *Reye.*) (S. 204)
52. Bericht der Irrenanstalt Langenhorn bei Hamburg. 1905. (Dir. Prof. Dr. *Neuberger.*) (S. 204.)
53. Bericht des St. Jürgen-Asyls für Geistes- und Nervenkranke in Ellen (Bremen) bei Hemelingen. 1905. (Dir. Dr. *Delbrück.*) (S. 204.)
54. Bericht der Privatheil- und Pflegeanstalt Rockwinkel (Station Oberneuland) bei Bremen. 1905. (Dir. Dr. *Hermann Engelken.*) (S. 205.)
55. Bericht der Irrenanstalt zu Lübeck. 1905. (Dir. Dr. *Wattenberg.*) (S. 205.)
56. Bericht d. Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt. 1905/06. (Dir. Dr. *Ransohoff.*) (S. 205.)
57. Bericht der Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt bei Saargemünd. 1905/06. (Dir. Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar.*) (S. 206.)
58. Jahresberichte der Landes-Irrenanstalt Hall (Tirol). 1900—1904. (Dir. Dr. *Offer.*) (S. 206.)
59. Bericht über die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt Niedernhart. 1905. (Primararzt Dr. *Schnopfhagen.*) (S. 207.)
60. Jahresbericht der mährischen Landes-Irrenanstalt Brünn. 1905. (Dir. Dr. *Hellwig.*) (S. 207.)
61. Bericht der Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Feldhof bei Graz nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg. 1905. (Dir. Dr. *Sterz.*) (S. 207.)
62. Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. 1905. (Primaarzt Dr. *Buchberger.*) (S. 207.)
63. Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1905. Veröffentlicht im Kgl. Ungarischen Ministerium des Innern. Budapest 1906. (S. 207.)
64. Bericht der zürcherischen-kantonalen Irren-Heilanstalt Burghölzli. 1905. (Dir. Prof. Dr. *Bleuler.*) (S. 208.)
65. Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt. 1905. (Dir. Prof. Dr. *Wolff.*) (S. 208.)

66. Jahresberichte der bernischen kantonalen Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay. 1905. (Dir. Prof. Dr. *von Spayer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiss.*) (S. 209.)
67. 48. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg. 1905. (Dir. Dr. *Haeberlin.*) (S. 209.)
68. Bericht der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt zu Königsfelden (Aargau). 1905. (Dir. Dr. *Fröhlich.*) (S. 210.)
69. Bericht der kantonalen Irrenanstalt St. Urban. 1904 und 1905. (S. 210.)
70. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Rosegg. 1905. (Dir. Dr. *Greppin.*) (S. 210.)
71. 6. Bericht der evangelischen Heilanstalt „Sonnenfelde" für weibliche Gemütskranke bei Riehen. 1. September 1905 bis 31. August 1905. (Dir. Dr. *Ch. Bach-Georg.*) (S. 211.)
72. 14. Bericht der kantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus. 1905. (S. 211.)
73. Bericht des kantonalen Asyles in Wil. 1905. (Dir. Dr. *Schiller.*) (S. 211.)
74. *Behr*, *Albert*: Die livländische Heil- und Pflegeanstalt „Stackeln". St. Petersburger medizin. Wochenschrift No. 7. 1906. (Vortrag und Demonstration auf dem 17. livländischen Ärztetage zu Arensberg.) (S. 211.)
75. Forty-eighth annual report of the general board of commissioners in luna cy for Scotland. (S. 212.)
76. *Toogood*, A presidential address on ten years of lunacy treatment in Lewisham infirmary. The Lancet, September 1906. (S. 212.)
77. *Rainsford*, The necessity for the state interference on behalf of the imbecile. The Journal of mental science. Jan. 1906. (S. 213.)
78. *Mc. Dougall,* The David Lewis Manchester epileptic colony. Journal of mental science. Jan. 1906. (S. 213.)
79. *Morel* et *Marie,* L'éducation professionelle du personnel infirmier des asiles. (S. 213.)
80. *Banckroft, Charels P.,* Women nurses on wards for men in hospitals of insanity. American journal of insanity. Vol LXIII, Nr. 2, Oktober 1906. (S. 213.)

81. *Adam,* Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques. Du rôle du médecin dans ces établissements. Annales médico-psychologiques. 1906. (S. 214.)
82. Maison de santé de Préfargier. 57. Jahresbericht. 1905. (S. 214.)
83. Rapport annuel de l'asile de Cery (Vaud). 1905. (S. 214.)
84. *Luigi Oliva,* Note critiche d' igiene e tecnica manicomiale. Mailand. (S. 214.)
85. *Luigi Oliva,* Nota e critica di tecnica manicomiale. Mantua. (S. 214).
86. *Ventra,* La legge sui manicomi e sugli alienati. Nocera inferiore. (S. 214.)
87. *Celles,* L'assistance familiale pour les aliénés en France. L'assistance familiale, 1906, Nr. 17. (S. 214.)
88. *Marie,* Le travail dans le traitement des aliénés. L'assistance familiale, 1906, Nr. 20. (S. 214.)
89. *Marie,* Des hôpitaux ouverts pour maladies mentales. Revue de psychiatrie, 1904, Nr. 11. (S. 214.)
90. *Tomasini,* Le psicosi nell' esercito e la istituzione di manicomi da campo. Archivio di psichiatria, Bd. XXI, Nr. 2. (S. 215.)
91. *Luigi Oliva,* Una proposta concernente la direzione dei penitenziari in Italia. Atti del XII. Congr. della Soc. Fren. Ital. Genf, Oktober 1904. (S. 215.)
92. *Pereira, Rodrigues, de Carvalho,* Relatorio sobre a organisação do ensino de clinica psychiatrica. Bahia 1905. (S. 215.)
93. *Rodrigues,* A assistencia a alienados no Brazil. Bahia 1906. (S. 215.)
94. Memorias de los médicos de la casa de Orates de Santiago (Chile). (S. 216.)
95. Biennial report of the superintendent of the Clarinda state hospital at Clarinda, Jowa. (S. 216.)
96. Die Heilstätte Waldfrieden, Spezialanstalt für Alkoholkranke bei Fürstenwalde (Spree), begründet von dem Berliner Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke. 1905. (Leitender Arzt Dr. *Kapff.*) (S. 216.)
97. Bericht des Abstinenz-Sanatoriums „Waldesruh“ bei Reinbeck. 1904 und 1905. (S. 217.)

98. *Sullivan,* A statistical note on the social causes of alcoholism. The Journal of mental science. July 1904. (S. 217.)
99. 35. Bericht des schlesischen Hilfsvereins für Geisteskranke. 1905/06. (S. 217.)
100. Bericht des Hilfsvereins für die Geisteskranken in Hessen. 1905/06. (S. 217.)
101. 37. Jahresbericht des brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde. 1905. (S. 217.)
102. Société de patronage des aliénés sortis guéris ou convalescents de l'asile départemental d'aliénés du Rhône. Compte rendu de l'exercice. 1905. (S. 217.)
103. Société de patronage des aliénés sortis guéris ou convalescents del'asile départemental d'aliénés du Rhône. (S. 217.)
104. *Rousset* et *Viallon*, Du patronage des aliénés. Lyon 1903. (S. 217.)
105. *Colin*, Les asiles d'aliénés de la Seine et leur population. Revue de psychiatrie. 1906, Nr. 5. (S. 218.)

(1) Die Statistik hat einen bedeutenden Rückgang des medizinischen Studiums in Preußen und im Deutschen Reich erwiesen. Die Misere des ärztlichen Standes, seine unverkennbaren Mißstände haben die Zahl der Medizin Studierenden in besorgniserregender Weise vermindert und ihre Beschaffenheit vielfach ungünstig beeinflußt. Selbst die früher gesuchtesten Spezialfächer haben Mangel an geeigneten Assistenten. In noch viel größerem Maße leiden hierunter aber die Irrenanstalten. Trotz monatelanger Ausschreibung in allen Fachblättern läuft nicht einmal eine Bewerbung ein! Was muß geschehen, um den Anstalten brauchbare Kräfte in ausreichender Zahl zuzuführen und zu erhalten? so frägt *Alt*, der schon seit vielen Jahren immer wieder in Wort und Schrift darauf hingewiesen hat, daß die irrenärztliche Laufbahn kümmerlich und unsicher sei und dringend der Verbesserung bedürfe. Die überaus beachtenswerten Ausführungen *Alts* decken sich mit den Wünschen und Bestrebungen des irrenärztlichen Nachwuchses. „Werden die Gehälter für die Dauerstellungen entsprechend der Schwere des Berufes und des raschen Verschleißes richtig bemessen und die dienstlichen Verhältnisse günstiger gestaltet, dann werden sich genügend brauchbare Kräfte finden", so führt *Alt* aus und trifft damit den Kern der Sache. Was nützen Assistentengehälter von 2000 M., wenn die spätere Besoldung der fest angestellten Ärzte in gar keinem Verhältnis zu so reichlich bemessenen Hilfsarztgehältern steht! Die Irrenarztkarriere hat sich in den letzten Jahren völlig geändert. Während früher der junge Irrenarzt bei Bewährung darauf rechnen konnte, in absehbarer Zeit in eine Direktorstelle aufzurücken, ist das jetzt nahezu aus-

geschlossen. Die Mehrzahl der Anstaltsärzte darf nicht mehr hoffen, jemals in eine leitende Stellung zu gelangen. Ebensowenig wie der Gymnasiallehrer oder Amtsrichter mit Sicherheit erwarten darf, Gymnasial- oder Landgerichtsdirektor zu werden, ebensowenig darf jetzt der Anstaltsarzt damit rechnen, Direktor zu werden. Diesen völlig veränderten Verhältnissen muß Rechnung getragen werden. Nicht nur die Oberarztstellen, auch die Stellen der sogenannten Anstalts- oder Abteilungsärzte müssen zu Lebensstellungen gemacht und mit entsprechendem Gehalt ausgestattet werden. Hierauf wieder mit Nachdruck und in überzeugender Weise hingewiesen zu haben, ist *Alts* Verdienst, und dafür sei ihm auch an dieser Stelle gedankt.

Auch *Vocke*, (2) der verdienstvolle Leiter der Eglfinger Anstalt, befürwortet dringend eine Verbesserung der materiellen Lage der Irrenärzte. „Mit kleinen und kleinlichen Mitteln und teilweisen Gehaltserhöhungen, häufig nur in den Anfangsstellen, ist es nicht getan. Großzügige Reformen tun uns not; nur solche können die Lage der Irrenärzte verbessern, das Ansehen des Standes heben und ihm tüchtige junge Kräfte zuführen, deren wir dringend benötigen.“ Die Gehälter der jungen Assistenzärzte hält *Vocke* für ausreichend, dagegen verlangt er eine wesentliche Erhöhung der Gehälter aller fest angestellten Ärzte. Die Zahl dieser Stellen will er vermehrt wissen. In der Diskussion spricht sich *Alzheimer*-München für noch radikalere Änderungen aus. „Ein tüchtiger Arzt werde nur dann in seiner Tätigkeit Befriedigung finden können, wenn ihm eine gewisse Selbständigkeit und Verantwortlichkeit bei seiner Tätigkeit zufalle, sobald er einmal die eigentlichen Lehrjahre hinter sich habe. Auch die zunehmende Größe der Anstalten und die außerordentliche Überlastung ihrer Leiter lasse es wünschenswert erscheinen, daß man nicht mehr an der jetzigen Form des Direktorialsystems festhalte. Die Zahl der Oberärzte müsse vermehrt, die Selbständigkeit derselben erhöht, die Stelle eines Oberarztes nach den verschiedenen Seiten so gehoben werden, daß sie als erstrebenswertes Ende der psychiatrischen Laufbahn und nicht eine Direktorstelle als das allein befriedigende gelten könne. Der Lehrkörper eines Gymnasiums könne als Vorbild dienen.“ Nach beendigter Diskussion wurde einstimmig beschlossen: 1. die Drucklegung des Referates; 2. die Veröffentlichung eines ausführlichen Berichtes über Referat und Diskussion in der Presse; hiermit wurde *Weygandt*-Würzburg beauftragt; 3. die Bildung einer Kommission zur Prüfung der irrenärztlichen Standesangelegenheiten und Vorbereitung geeigneter Schritte zur Hebung derselben. Die Kommission besteht aus Vertretern der Universität, der Anstaltsdirektoren, Ober- und Assistenzärzte.

(3) Die Zustände in den Irrenanstalten am Ende des 18. und in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts sind Schuld daran, so führt Verfasser aus, daß auch heute noch in einem großen Teil des Publikums völlig verkehrte Vorstellungen von dem Leben und Treiben in einer Irrenanstalt herrschen, daß noch jetzt viele ein eigentümliches, unsagbares Gefühl, aus Grauen und Neugier gemischt, beschleicht, wenn sie nur von einer Irrenanstalt hören. Diesen falschen Vorstellungen und Vorurteilen gegenüber will Verfasser auf-

klärend wirken. Er tut das in geschickter Weise, indem er mit dem Leser einen Gang durch eine moderne Irrenanstalt (Galkhausen) macht, ihn zu den Kranken in den verschiedensten Abteilungen führt und zeigt, wie diese hier untergebracht, behandelt und verpflegt werden. Das anregend geschriebene Buch mit seinen Abbildungen und Plänen erfüllt seinen Zweck in vollstem Maße und verdient weiteste Verbreitung. Jeder Leser wird es mit der Überzeugung aus der Hand legen, „daß in der modernen Irrenanstalt eine Stätte geschaffen ist, wo heilbare Kranke die vollkommensten Bedingungen zur Heilung finden, unheilbare aber, soweit sie nicht als gebessert entlassen werden können, zu möglichst nützlichen Gliedern eines in sich geschlossenen Organismus gemacht werden, wo sie unter sachverständiger Leitung ein menschenwürdiges Dasein führen und das größtmögliche Maß von Freiheit und Behaglichkeit genießen". —

(4) Das große Interesse aller Irrenärzte und Kommunalverwaltungen für die Behandlung und Versorgung der geisteskranken Verbrecher hat Verfasser veranlaßt, die in Dalldorf hierüber gesammelten Erfahrungen zusammenzustellen. Bald nachdem im Jahre 1888 der Strafanstalt zu Moabit die erste ärztliche Beobachtungsabteilung für geisteskranke Verbrecher angegliedert worden war, machten sich für die zuständige kommunale Irrenanstalt Dalldorf Schädigungen nicht nur finanzieller Natur bemerkbar. Der bisherige Charakter der Irrenanstalt als Krankenanstalt wurde durch den vermehrten Zufluß antisozial veranlagter Kranken sowie durch die sich immer schwieriger gestaltende Entlastung von solchen Elementen dauernd ungünstig verändert. Die Einrichtung analoger Beobachtungsstationen in Breslau, Köln, Graudenz, Halle und Münster ließ auch hier bald dieselben Nachteile für die kommunalen Irrenanstalten zutage treten. Wiederholte Versuche, den Staat zur Übernahme der Fürsorge für die geisteskranken Verbrecher zu bewegen, blieben erfolglos. Allen derartigen Anträgen gegenüber wurde betont, daß den Provinzen durch das Dotationsgesetz die gesamte Armenpflege überwiesen und im Gesetz vom 11. Juli 1901 ein Unterschied zwischen geisteskranken Verbrechern und sonstigen Geisteskranken nicht gemacht sei; die Landarmenverbände hätten daher zweifellos auch für die geisteskranken Verbrecher in geeigneten Anstalten zu sorgen. Am 22. Juli 1904 bestimmte schließlich ein Erlaß des Ministers des Innern an die Strafanstalten, nachdem auf einer kurz vorher abgehaltenen Konferenz in Halle dahin zielende Anträge lebhafte Befürwortung gefunden, daß „sobald der Antrag auf Entlassung des Geisteskranken aus der Strafanstalt gestellt", der Betreffende in die Anstalt zurückzuführen sei, aus welcher er eingeliefert war. Nachdem Verfasser so die „Fürsorgeverpflichtung" historisch entwickelt und kritisch gewürdigt hat, bespricht er die Unterbringung und die Behandlung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf. Ein in der ursprünglichen Anlage der Anstalt für unruhige Geisteskranke vorgesehenes Haus wurde für die geisteskranken Verbrecher reserviert, entsprechend umgeändert und gesichert, sein Garten mit einer 4½ m hohen Mauer umgeben, das Aufsichtspersonal vermehrt und besonders angelernt.

Das so adaptierte Haus erwies sich aber bald als unzulänglich; die Sicherungen genügten nicht, es fehlte an Einzelzimmern und kleineren geschlossenen Abteilungen. Es fanden deshalb entsprechende Umbauten und Erweiterungsbauten statt. Das so geänderte Haus hat jetzt in 3 Abteilungen 70 Krankenplätze. Sein Pflegepersonal besteht aus 2 Oberpflegern und 19 Pflegern. Bei der Behandlung der geisteskranken Verbrecher konkurrieren zwei Gesichtspunkte, der rein ärztliche, psychiatrische Standpunkt mit dem Standpunkt eines Verwaltungsbeamten im Sinne polizeilicher Fürsorge. Wie beides in richtigem Maße vereint wird, zeigt Verfasser in seinen weiteren Ausführungen. Regelmäßige Arbeit, nicht zu sparsam bemessene Zerstreuungen, sowie reichliche Gelegenheit zu Bewegung in frischer Luft werden bei der Behandlung besonderer Berücksichtigung empfohlen. Nachdem Verfasser dann noch die Erfolge dieser Behandlung besprochen und die Krankheitsgeschichte von 22 in den Strafvollzug zurückgebrachten Kranken kurz geschildert, gibt er als Anhang 3 im Entmündigungsverfahren über geisteskranke Verbrecher abgegebene ausführliche Gutachten unter besonderer Berücksichtigung der Vorgeschichte.

(5) Die Zahl der in den Provinzial-Irrenanstalten Ostpreußens verpflegten Geisteskranken betrug Ende 1887: 792, Ende 1905: 2583 Kr. (1294 M. 1289 Fr.); die Krankenzahl hat im Durchschnitt um jährlich 99 Kr. zugenommen.

Allenberg: Normalbelegungszahl: 890 Betten. Bestand am Beginn des Berichtsjahres 858 (448 M. 410 Fr.), Zugang 365 (152 M. 213 Fr.), Abgang 295 (126 M. 169 Fr.). Bleibt Bestand: 928 (474 M. 454 Fr.). 46 Kr. wurden geheilt entlassen. Verstorben sind 6,5 % der Verpflegten. Regelmäßig beschäftigt waren 65 %. In Familienpflege 30 M. 32 leicht verlaufende Influenzaerkrankungen. Vereinzelte Fälle von Kopfrose auf verschiedenen Abteilungen. Ein günstig verlaufener Typhusfall; die Kranke genas dabei auch von ihrer Geisteskrankheit.

Allenberg ist 1848/50 erbaut und mit einem Kostenaufwand von rund 614000 M. für 250 Kr. eingerichtet. 1865/66 wurde die Zahl der Plätze auf 300 erhöht. 1872/73 erfolgte der Neubau zweier Siechenhäuser für je 100 Kr. (375000 M.). 1880/81 schaffte die Errichtung der Kolonie weitere 60 Plätze. (Gesamtkosten einschließlich des Landerwerbs 120000 M.) 1881/82 Neubau eines Frauenhauses für 40 Kr. (30000 M.). Nach dem Anbau an das Frauenzellenhaus (20000 M.) standen im Jahre 1889 650 Krankenplätze zur Verfügung. Durch die Erbauung von 4 Krankenhäusern mit je 60 Betten (377000 M.) in den Jahren 1895/96 erfuhr Allenberg seine letzte wesentliche Erweiterung.

Kortau: Bestand am Beginn des Berichtsjahres 979 (394 M. 585 Fr.), Zugang 388 (226 M. 162 Fr.), Abgang 333 (182 M. 151 Fr.). Bleibt Bestand 1034 (438 M. 596 Fr.). Geheilt entlassen sind 27 Kr. Verstorben 6,51 % der Verpflegten. In Familienpflege 47 (26 M. 21 Fr.).

1884—90 dem ursprünglichen Plan gemäß zur Aufnahme von 600 Kr. gebaut, war Kortau bereits 2 Jahre nach seiner Fertigstellung überlegt. Als die Krankenzahl 1895 auf 870 gestiegen, mußte auf Erweiterung Bedacht genommen werden. 1898 genehmigte der Provinziallandtag demgemäß den

Neubau von 4 Krankenhäusern zu 70 Betten und die entsprechende Vergrößerung und Ergänzung der wirtschaftlichen Anlagen. Ende 1899 konnten 3 Krankenhäuser bezogen werden, während das vierte im Frühjahr 1900 belegungsfähig wurde. 1900/01 wurden dann noch 3 Wärterhäuser für je vier Familien erbaut. Die Kosten dieser Erweiterungsbauten haben einschließlich der Baukosten für das 1897/98 erbaute Direktorwohnhaus zusammen 564 119 M. betragen. 1905 wurde der Neubau von 3 weiteren Wärterhäusern für je 4 Familien und 2 Absonderungshäusern für Kranke mit ansteckenden Krankheiten in Angriff genommen. Die Kosten betrugen anschlagsmäßig für die Wärterhäuser 50000 M., für die Absonderungshäuser 49200 M.

Tapiau, im Anschluß an die Landespflegeanstalt errichtete Irrenpflegeanstalt. Bestand am Beginn des Berichtsjahres 561 (319 M. 242 Fr.), Zugang 60 (30 M. 30 Fr.), Abgang 65 (32 M. 33 Fr.). Bleibt Bestand 556 (317 M. 239 Fr.). Die Zugänge waren im wesentlichen voraussichtlich dauernd irrenanstaltspflegebedürftige Kranke aus Allenberg und Kortau. Beschäftigt wurden 56 % mit Arbeit aller Art. In der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer waren am Anfang des Jahres 67, am Jahresschlusse 65 Kr. Zugang 5, Abgang 7, davon 2 gestorben, 4 als gebessert in die Landespflegeanstalt versetzt, 1 entwichen. Beschäftigt waren durchschnittlich 40 %. Angriffe gegen Ärzte und Wärter kamen mehrfach vor, blieben jedoch, abgesehen von kleineren Verletzungen, ohne ernste Folgen.

(6) Bestand 1148 (575 M. 573 Fr.), Zugang 390 (195 M. 195 Fr.), Abgang 283 (129 M. 154 Fr.), bleibt Bestand am 31. März 1906 1255 (641 M. 614 Fr.), davon 80 in Familienpflege in der Stadt Pr.-Stargard und im Dorfe Saaben bei Conradstein. Vom anfänglichen Bestand litten 798 (363 M. 435 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 45 (36 M. 9 Fr.) an Paralyse, 104 (58 M. 46 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 191 (109 M. 82 Fr.) an angeborener Geistesschwäche, 10 (9 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Von den Neuaufgenommenen litten 295 (137 M. 158 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 20 (16 M. 4 Fr.) an Paralyse, 18 (9 M. 9 Fr.) an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 45 (22 M. 23 Fr.) an angeborener Geistesschwäche, 10 (9 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 2 M. waren nicht geisteskrank. Im ersten Vierteljahre ihrer Erkrankung befanden sich nur 90 Kr. Die meisten Kranken kamen erst später in die Anstalt. Erbliche Belastung war nur bei 90 Kr. festzustellen; die auffallend niedrige Zahl spricht für die Unzulänglichkeit der hierüber gemachten Angaben seitens der Angehörigen. Bei 42 M. und 13 Fr. war Alkoholismus, bei 23 Kr. Lues, bei 24 Kr. Altersvorgänge, bei 20 Kr. Kopfverletzungen, bei 22 Kr. Wochenbett Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 74 (69 M. 5 Fr.) der Aufgenommenen. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 6 M., darunter ein Arzt (Alkoholiker und Morphinist), der einer Frau bei und nach der Geburt den Uterus mit seinen Adnexen und ein Stück Darm herausgerissen hatte. Von 187 Entlassenen haben 40 geheilt, 94 gebessert, 53 ungeheilt die Anstalt verlassen. 63 Geheilte und Gebesserte sind innerhalb des ersten halben Jahres ihres

Anstaltsaufenthaltes entlassen, 35 brauchten zu ihrer Besserung bis zu einem Jahre, 36 blieben bis zu 2 und mehr Jahren in der Anstalt, bis sie genasen. Gestorben sind 96 (45 M. 51 Fr.), davon 25 (10 M. 15 Fr.) an Tuberkulose, 1 M. an Krebs. 1 Fr. erhängte sich. Körperliche Erkrankungen kamen in 1344 Fällen zur Behandlung, darunter als schwere Krankheitsformen, besonders Lungen- und Brustfellentzündungen. „Krätze und Läuse wurden ausnahmslos von außen durch Neuaufnahmen eingeschleppt, wofür bei den Einlieferungsbehörden Reinigungskosten eingefordert worden sind.“ Beschäftigt wurden durchschnittlich 42,13 % des Krankenbestandes (39,87 % M. 44,38 % Fr.). Dieser niedrige Prozentsatz beruht auf dem Überhandnehmen der siechen, nicht arbeitsfähigen Kranken. Zwei neuerbaute Überwachungshäuser für Unruhige I. und II. Klasse wurden bezogen, ebenso ein neues Beamtenwohnhaus und ein Pflegerwohnhaus. Die Rieselfelder wurden durch Landankauf vergrößert.

Das Höchstgehalt der Assistenzärzte ist von 2400 M. auf 3000 M. erhöht; dem I. Oberarzt wurde als Stellvertreter des Anstaltsdirektors eine pensionsfähige Zulage von jährlich 600 M. bewilligt. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 52,4 Pf. Gesamtausgabe 599 722 M.

(7) Bestand 486 (251 M. 235 Fr.), Zugang 93 (50 M. 43 Fr.), Abgang 74 (39 M. 35 Fr.). Bleibt Bestand am 31. März 1906 505 (262 M. 243 Fr.). Vom anfänglichen Bestand litten 363 (147 M. 189 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 28 (27 M. 1 Fr.) an Paralyse, 61 (41 M. 20 Fr.) an angeborener Geistesschwäche, 28 (4 M. 24 Fr.), an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 5 M. an Alkoholismus; 1 Fr. war nicht geisteskrank. Von den Neuaufgenommenen litten 69 (31 M. 38 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 4 M. an Paralyse, 7 (5 M. 2 Fr.) an angeborener Geistesschwäche, 5 (3 M. 2 Fr.) an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 6 (5 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 2 M. waren nicht geisteskrank. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 25 Kr. bis zu 1 Monat, bei 7 Kr. bis zu 2, bei 10 Kr. bis zu 6 Monaten, bei 7 Kr. bis zu 1 Jahr, bei 42 Kr. bis zu 2 und mehr Jahren. Heredität bestand bei 40 (18 M. 22 Fr.) = 43 % (36 % M. 51,2 % Fr.). Bei 10 M. u. 1 Fr. war Trunksucht Krankheitsursache, bei 4 Paralysen Lues nachweisbar. 17 (15 M. 2 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 3 M. Von den Entlassenen sind 17 (10 M. Fr.) 7 = 31,5 % geheilt, und zwar 11 nach einem Anstaltsaufenthalt von 1 bis 6 Monaten, 4 nach je 1 Jahr, 2 nach 2- und mehr und 2jährigem Anstaltsaufenthalt; 24 (15 M. 9 Fr.) = 44,4 % gebessert, 10 (5 M. 5 Fr.) = 18,5 % ungeheilt, 2 M. u. 1 Fr. waren nicht geisteskrank, 5 Entweichungen. An Influenza waren 7 M. u. 9 Fr. erkrankt, an Gesichtsrose 2 M. u. 5 Fr. Bei 5 Fr. und 2 M. war Sonderfütterung längere Zeit hindurch notwendig. Eine Sulfonalvergiftung verlief ohne nachteilige Folgen. Gegen Furunkulose leisteten subkutane Injektionen einer 20proz. Atoxyllösung gute Erfolge. Griserin wurde bei Magen- und Darmkatarrh, Lysolpillen bei Appetitlosigkeit mit Erfolg verabreicht. *Bier*sche Stauungs- und Saugglasbehandlung leistete bei ent-

zündlichen und eitrigen Haut- und Bindegewebsaffektionen Vorzügliches. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 70,11 Pf. Gesamtausgabe 305244 M.

(8) Bestand 481 (252 M. 229 Fr.), Zugang 81 (47 M. 34 Fr.), Abgang 75 (48 M. 27 Fr.), bleibt Bestand am 31. März 1906 487 (251 M. 236 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 50 (25 M. 25 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 5 M. an Paralyse, 5 (2 M. 3 Fr.) an Imbezillität, 5 M. an Epilepsie mit Seelenstörung, 4 Fr. an Hysterie, 7 M. an Alkoholismus. Aus dem Untersuchungsgefängnis kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes 5 (3 M. 2 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren außerdem 15 (11 M. 4 Fr.). Heredität bei 30 (17 M. 13 Fr.). Alkoholismus war 18mal Krankheitsursache. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 21 (10 M. 11 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 11 (8 M. 3 Fr.) 1 bis 6 Monate, bei 3 (1 M. 2 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 6 (2 M. 4 Fr.) 1 bis 2 Jahre, bei 35 über 2 Jahre. Von den Entlassenen waren geheilt 12 (6 M. 6 Fr.), gebessert 23 (17 M. 6 Fr.), ungeheilt 14 (10 M. 4 Fr.). Gestorben 20 (11 M. 9 Fr.) = 3,56 % aller Verpflegten. Die Aufenthaltsdauer der Geheilten und Gebesserten in der Anstalt betrug bei 6 (3 M. 3 Fr.) 1 bis 2 Monate, bei 15 (10 M. 5 Fr.) 2 bis 6 Monate, bei 6 (4 M. 2 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 8 (6 M. 2 Fr.) über 1 Jahr. 6 Entweichungen. Eine während der Schwangerschaft erkrankte Frau wurde in der Anstalt entbunden und genas nach längerer Behandlung. Um in der überfüllten Anstalt Raum für Aufnahmen zu schaffen, wurden Kranke in Familienpflege gegeben. Zur Entlastung der westpreußischen Anstalten soll in Schwetz eine besondere Idiotenabteilung mit etwa 240 Betten neu eingerichtet werden. 3 Pflegern wurde nach 25jähriger Dienstzeit das Allgemeine Ehrenzeichen verliehen. Die Ausgaben für Beköstigung pro Kopf und Tag 59,87 Pf. Gesamtausgabe 262859 M.

(9) Bestand am 1. April 1905 3733 (2072 M. 1161 Fr.), davon litten an Paralyse 495 (355 M. 140 Fr.), an Alkoholismus 387 (357 M. 30 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 731 (469 M. 262 Fr.), an Epilepsie 98 (78 M. 20 Fr.). Zugang 2023 (1419 M. 604 Fr.), darunter 314 (236 M. 78 Fr.) = 15,52 % mit Paralyse, 555 (540 M. 15 Fr.) = 27,43 % mit Alkoholismus, 301 (190 M. 111 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität, 52 (38 M. 14 Fr.) mit Epilepsie. Bei 696 (680 M. 16 Fr.) war Potus Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 370 (358 M. 12 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 10 Kr. Abgang 1867 (1340 M. 527 Fr.), geheilt oder gebessert 1146 (878 M. 268 Fr.); ungeheilt 165 (116 M. 49 Fr.); gestorben 556 (346 M. 210 Fr.), 47 (24 M. 23 Fr.) an Tuberkulose, 4 (3 M. 1 Fr.) durch Suicidium. In Familienpflege 346 (191 M. 155 Fr.). Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,853 M.

(10) Bestand am 31. März 1905 1245 (740 M. 505 Fr.), davon litten an Paralyse 117 (46 M. 71 Fr.), an einfacher Seelenstörung 941 (551 M. 390 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie 57 (50 M. 7 Fr.), an Idiotie und Imbezillität 128 (93 M. 35 Fr.), an Delirium 2 Fr. Zugang 2654 (2118 M. 536 Fr.), und zwar 2158 (1726 M. 432 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 155 (114 M. 41 Fr.)

= 5,84 % mit Paralyse, 185 (150 M. 35 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 148 (121 M. 27 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität, 6 M. mit Delirium. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 1237 (1202 M. 35 Fr.), gewohnheitsmäßige Trinker waren 1388 M. Abgang 2564 (2058 M. 506 Fr.), geheilt und gebessert 1612 (1417 M. 195 Fr.), ungeheilt 634 (489 M. 145 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 317 (151 M. 166 Fr.), davon 26 (11 M. 15 Fr.) an Tuberkulose. 171 Entweichungen. Dauernd bettlägerig wegen ihres körperlichen Zustandes waren durchschnittlich täglich 103 M. u. 103 Fr., wegen ihres psychischen Zustandes wurden durchschnittlich täglich mit Bettruhe behandelt 80 M. u. 140 Fr. Beschäftigt wurden täglich durchschnittlich 403 M. u. 172 Fr. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,89183 M.

(11) Bestand am 1. April 1905 1317 (807 M. 510 Fr.). Zugang 782 (610 M. 172 Fr.), davon 593 (469 M. 103 Fr. 12 Kn. 9 M.) mit Epilepsie, 9 (7 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus, 52 (28 M. 22 Fr. 2 M.) mit Hysterie, 27 (19 M. 7 Fr. 1 Kn.) mit Hysteroepilepsie, 60 (34 M. 19 Fr. 4 Kn. 3 M.) mit Imbezillität, Idiotie und anderen Geistesstörungen. Abgang 729 (572 M. 157 Fr.). In die eigene Familie wurden entlassen 289 (232 M. 57 Fr.), in fremde Familien 195 (148 M. 47 Fr.), gestorben 68 (43 M. 25 Fr.), an Epilepsie 11 (8 M. 3 Fr.), an Lungenschwindsucht 6 (5 M. 1 Fr.), 1 Selbstmord durch Vergiftung. Für Beköstigung wurden pro Kopf und Tag ausgegeben 0,76064 M.

(12) Ein Nachruf für den am 18. August 1905 verstorbenen Professor *Heinrich Laehr*, der als Vorsitzender des Vorstandes an der Spitze des Vereins „Heilstätte für Nervenkranke Haus Schönow" seit seiner Gründung gestanden hat, leitet den Bericht ein. „Seine Ideen sind es gewesen, die mit der Errichtung der Anstalt verwirklicht und für andere Unternehmungen gleicher Art vorbildlich geworden sind." „In Rat und Tat, im Großen und Kleinen hat er die Ausgestaltung von Haus Schönow gefördert, so lange er wirken konnte — bis wenige Tage vor dem Tode."

Die Heilstätte verfügt über 116 Betten, 66 für M., 35 für Fr. Bestand am 1. Januar 1905 72 (36 M. 36 Fr). Zugang 648 (388 M. 260 Fr.). Abgang 638 (372 M. 266 Fr.), und zwar geheilt bezw. gebessert 438 (251 M. 187 Fr.), ungebessert 197 (119 M. 78 Fr.), gestorben 3 (2 M. 1 Fr). Bleibt Bestand am 31. Dezember 1905 82 (52 M. 30 Fr.). Geheilt und gebessert nach Abrechnung derjenigen, die bereits in den ersten beiden Wochen wieder austraten, = 77,9 % (76,9 % M. 79,2 % Fr.). Zur Behandlung kamen 75,1 % Neurosen, 13,8 % Psychosen, 9,5 % periph. Nerven- und Muskelkrankheiten, sowie organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,6 % innere und äußere Krankheiten. Die Poliklinik fand zweimal wöchentlich statt und wurde von 104 Kr. besucht.

(13) Bestand am 1. Januar 1905 765 (345 M. 420 Kr.), davon litten 399 (158 M. 241 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 35 (19 M. 16 Fr.) an Paralyse, 225 (116 M. 109 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 17 (16 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Zugang 195 (111 M. 84 Fr.), und zwar 133 (63 M. 70 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 31 (26 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 8 M. mit Alkoholis-

mus, 12 (5 M. 7 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie. Abgang 176 (102 M. 74 Fr.). Davon gestorben 60 (32 M. 28 Fr.), und zwar an Paralyse 15 (12 M. 3 Fr.), an Tuberkulose 18 (11 M. 7 Fr.). Die an Tuberkulose leidenden Kranken (33 M. 25 Fr.) sind ebenso wie die der Tuberkulose Verdächtigen von den übrigen Kranken getrennt und auf besonderen Abteilungen untergebracht. 7 Erkrankungen an Ruhr, wovon 1 letal verlief. Mehrere Fälle von Lungenentzündungen und Erysipel. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 7 (6 M. 1 Fr.). In Familienpflege, die seit 15. Februar 1904 besteht, befanden sich am Schluß des Jahres 6 (4 M. 2 Fr.). Die Bevölkerung scheint wegen ihrer großen Armut wenig geeignet für eine weitere Ausdehnung der Familienpflege; ihre Lebenshaltung, ihre Wohnungen entsprechen selbst sehr mäßigen Ansprüchen nicht. 1903 wurde das neuerbaute, modern eingerichtete Frauenhaus VI bezogen. Es ist jetzt ebenso wie die übrigen Krankenhäuser stark überlegt. 1905 wurde ein Wohnhaus für Ärzte und ein Krankenhaus für 60 Männer fertiggestellt; ein weiteres Männerhaus ist im Bau begriffen. Andere umfangreiche Neubauten sind in Aussicht genommen. Der Ausbau der Entwässerungsanlagen im Anschluß an die städtische Kanalisation wird geplant.

(14) Bestand am Beginn der Berichtsjahre 493 (248 M. 245 Fr.). Zugang 1900 174 (91 M. 83 Fr.); 1901 194 (99 M. 95 Fr.); 1902 199 (107 M. 92 Fr.); 1903 162 (84 M. 78 Fr.); 1904 169 (99 M. 70 Fr.). Abgang 165 (90 M. 75 Fr.), 172 (98 M. 74 Fr.), 186 (94 M. 92 Fr.), 136 (75 M. 61 Fr.), 141 (83 M. 58 Fr.). Bleibt Bestand 591 (288 M. 303 Fr.). Von allen Neuaufgenommenen (898) litten 104 (100 M. 4 Fr.) an chronischem Alkoholismus, 93 (64 M. 29 Fr.) an Paralyse, 238 (94 M. 144 Fr.) an Dementia praecox, 162 (65 M. 97 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 46 (30 M. 16 Fr.) an Imbezillität, 68 (37 M. 31 Fr.) an Altersblödsinn, 14 (5 M. 9 Fr.) an Verrücktheit. Zunahme der Frauenparalyse gegenüber dem vorigen Bericht; 1 Fall von periodischem Korssakow bei einer 70jährigen Gewohnheitstrinkerin. Als Krankheitsursache findet sich Familienanlage bei der Hälfte aller Aufnahmen verzeichnet; infolge der Unvollkommenheit der Nachrichten über die Kranken sind die gefundenen Zahlen aber wohl zu niedrig; Trunksucht findet sich bei 151 (141 M. 10 Fr.), Lues bei 31 (26 M. 5 Fr.), Wochenbett und Heredität bei 36 Fr., Klimakterium bei 23 Fr., Alter bei 56 (22 M. 34 Fr.), physische Infektion bei 1 M. als Krankheitsursache. Fast 1/3 aller Aufnahmen erfolgte innerhalb des ersten Vierteljahres der Erkrankung. Von den 800 Abgängen sind 286 (162 M. 124 Fr.) geheilt oder gebessert entlassen worden, und zwar meist innerhalb der ersten 6 Monate ihres Anstaltsaufenthaltes; die Spätbesserungen betrafen vorwiegend alkoholische Störungen; die ungeheilt Entlassenen gehören größtenteils der Dementia praecox-Gruppe an. Gestorben sind im ganzen 231 (120 M. 111 Fr.). Die Paralytiker sind fast ausnahmslos an den unmittelbaren Folgen ihres Gehirnleidens gestorben. Bei allen anderen Kranken überragt die Tuberkulose die sonstigen Todesursachen bei weitem und betrifft vorwiegend die vorzeitig

Verblödeten. Es starben an Tuberkulose 55 (29 M. 26 Fr.), an Lungenentzündung 18 (12 M. 6 Fr.), an Krebs 4 Fr., an Influenza 17 (4 M. 13 Fr.). 2 Fälle von Selbstmord. 1902/03 trat eine ausgedehnte schwere Influenzaepidemie, 1903/04 eine kleine Typhusepidemie auf, eingeschleppt durch eine Wärterin. Der Beschäftigung der Kranken wurde dauernd größte Sorgfalt gewidmet. Mit Erweiterung der Bäderbehandlung und Einführung der Dauerbäder ist die Isolierung Unruhiger so gut wie unnötig geworden. „Angriffe der Kranken auf ihre Umgebung, Sachbeschädigungen, selbst das stimmliche Lärmen der Kranken haben seit Anwendung der Dauerbäder in überraschendem Umfange abgenommen.“ In Familienpflege befanden sich am Beginn der Berichtszeit 5 Fr.; jetzt sind 16 M. und 48 Fr. in 32 Pflegestellen teils mit vorzüglichem Erfolg untergebracht. Entweichungen kamen in jedem Berichtsjahre bis zu 35 vor, sie erfolgten meist von den Arbeitsplätzen im Freien, sowie von den Spaziergängen aus, wurden aber auch aus geschlossenen Abteilungen unternommen und betrafen meist gerichtlich bestrafte Kranke. Zur Beobachtung kamen 26 Fälle, davon waren 19 geisteskrank, in 6 Fällen wurde eine Verminderung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit angenommen. Auf jeder Geschlechtsseite wurde eine Baracke für Lungen- und sonstige infektiös Kranke neu erbaut und außerdem ein Haus für Damen erster Klasse errichtet. Der Grundbesitz der Anstalt wurde vergrößert und beträgt jetzt 96 ha. Die Unterhaltungskosten für den einzelnen Kranken stellten sich in den 5 Jahren auf täglich 153,23 Pf., 152,10 Pf., 146,61 Pf., 145,76 Pf., 148,50 Pf.

(15) Bestand Ende März 1905 709 (359 M. 350 Fr.). Zugang 173 (108 M. 65 Fr.), davon 15 (14 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus, 24 (21 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 46 (26 M. 20 Fr.) mit Dementia praecox, nicht geisteskrank 5 M., voraussichtlich heilbar 48 (29 M. 19 Fr.), voraussichtlich unheilbar 120 (74 M. 46 Fr.). Erblich belastet waren 52 = 30,06 % (22 M. = 20,37 % und 30 Fr. = 46,15 %). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 30 (27 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 8 M. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 48 (24 M. 24 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 20 (13 M. 7 Fr.) bis zu 2 Monaten, bei 22 (15 M. 7 Fr.) 2 bis 6 Monate, bei 9 (6 M. 3 Fr.) bis zu 1 Jahr. Abgang 225 (123 M. 102 Fr.). Geheilt 39 (17 M. 22 Fr.); gebessert 38 (28 M. 10 Fr.); ungeheilt 101 (51 M. 50 Fr.), davon 75 (38 M. 37 Fr.) nach Obrawalde überführt; gestorben 43 (23 M. 20 Fr.), und zwar an Tuberkulose 17 (5 M. 12 Fr.), an Paralyse 11 M., an croupöser Lungenentzündung 11 M. 50 % der Verpflegten wurden durchschnittlich beschäftigt. Gesamtausgabe 357 799 M.; pro Kopf und Jahr 553,27 M.

(16) Bestand Ende März 1905 736 (349 M. 387 Fr.). Zugang 156 (90 M. 66 Fr.), davon 14 mit Paralyse, 17 (16 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus, 22 (12 M. 10 Fr.) mit Dementia praecox, 24 (8 M. 16 Fr.) mit manisch-depressivem Irresein, 13 (8 M. 5 Fr.) mit Melancholie. Voraussichtlich heilbar waren 64 (31 M. 33 Fr.), unheilbar 90 (57 M. 33 Fr.). Die Krankheitsdauer vor der

Aufnahme betrug bei 35 (15 M. 20 Fr.) 1 Monat, bei 8 (5 M. 3 Fr.) 2 Monate, bei 6 (4 M. 2 Fr.) 3 Monate, bei 25 (13 M. 12 Fr.) 3—6 Monate, bei 11 (8 M. 3 Fr.) bis zu 1 Jahre, bei 20 (17 M. 3 Fr.) bis zu 2 Jahren. Erblichkeit wurde bei nur 16 % der Aufgenommenen festgestellt (13,3 % M. 19,7 % Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 29 (26 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 2 M. Abgang 201 (116 M. 85 Fr.). Geheilt 34 (21 M. 13 Fr.); gebessert 37 (18 M. 19 Fr.); ungeheilt 67 (36 M. 31 Fr.), davon 60 (30 M. 30 Fr.) nach Obrawalde überführt; nicht geisteskrank 2 M.; gestorben 61 (39 M. 22 Fr.), und zwar an Tuberkulose 17 (8 M. 9 Fr.), an Krebs 2 (1 M. 1 Fr.), an Typhus 1 M., durch Erhängen 1 M. In Feld- und Gartenwirtschaft, mit Haus- und Werkstättenarbeit waren durchschnittlich 50 % der Verpflegten beschäftigt. 4 Typhusfälle durch Einschleppung. Gesamtausgabe 356634 M.; pro Kopf und Jahr 525,16 M.

(17) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 312 (158 M. 154 Fr.). Zugang 359 (192 M. 167 Fr.), davon 225 (113 M. 112 Fr.) aus Owinsk, Dziekanka und Kosten überführt. Von den 134 (79 M. 55 Fr.) Neuaufgenommenen litten 103 (57 M. 46 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (8 M. 2 Fr.) an Paralyse, 2 M. an alkoholischer, 1 M. an epileptischer, 2 Fr. an hysterischer Seelenstörung, 8 (3 M. 5 Fr.) an Imbezillität, 3 M. an Idiotie; nicht geisteskrank waren 5 M. Voraussichtlich heilbar waren 55 (38 M. 17 Fr.), unheilbar 74 (36 M. 38 Fr.). Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 16 (10 M. 6 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 9 (6 M. 3 Fr.) bis zu 2 Monaten, bei 8 (3 M. 5 Fr.) bis zu 3, bei 9 (7 M. 2 Fr.) bis zu 6, bei 15 (9 M. 6 Fr.) bis zu 12 Monaten, bei 22 (13 M. 9 Fr.) bis zu 2, bei 25 (12 M. 13 Fr.) bis zu 5 Jahren. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 33 (30 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 M. Abgang 116 (66 M. 50 Fr.). Geheilt 25 (15 M. 10 Fr.), gebessert 23 (11 M. 12 Fr.), ungeheilt 21 (20 M. 1 Fr.), nicht geisteskrank 5 M., gestorben 42 (15 M. 27 Fr.). Tuberkulose war bei 19 (7 M. 12 Fr.), Paralyse bei 3 M., Krebs bei 2 Fr. Todesursache. 2 Fälle von Typhus durch Einschleppung. Beschäftigt waren durchschnittlich 33 % der Verpflegten. Gesamtausgabe 284180 M.

(18) Bestand am Beginn des Berichtsjahres 712 (378 M. 334 Fr.). Zugang 174 (96 M. 78 Fr.). Hiervon litten 64 (23 M. 41 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 7 (3 M. 4 Fr.) an Paralyse, 103 (70 M. 33 Fr.) an Idiotie und Imbezillität. Die Krankheitsdauer betrug nur bei 39 (16 M. 23 Fr.) weniger als 1 Jahr. 67 (38 M. 29 Fr.) der Neuaufgenommenen waren erblich belastet, d. i. nach Abzug der „unbekannten“ Fälle 46 %. Trunksucht war bei 13 (11 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 22 (16 M. 6 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kam 1 Fr. Abgang 173 (88 M. 85 Fr.); geheilt 10 (5 M. 5 Fr.); gebessert 10 (4 M. 6 Fr.); ungeheilt 102 (53 M. 49 Fr.), davon 90 (45 M. 45 Fr.) nach Obrawalde; gestorben 48 (26 M. 22 Fr.), d. i. 5,4 % der Verpflegten. An Tuberkulose starben 9 (4 M. 5 Fr.) = 19 % der Verstorbenen. 1 Typhus-

fall durch Einschleppung. Auf der Idiotenabteilung erkrankten 39 Kinder an Masern. Am Schluß des Berichtsjahres waren an Tuberkulose erkrankt bezw. tuberkuloseverdächtig 91 (46 M. 45 Fr.). Gesamtausgabe 304 773 M., pro Kopf und Jahr 450,45 M.

(19) Bestand am 31. März 1905 216 (114 M. 102 Fr.). Zugang 850 (600 M. 250 Fr.). Abgang 809 (586 M. 223 Fr.). Geheilt 258; gebessert 287; ungeheilt 165; gestorben 99. Die meisten Aufnahmen (83) fanden im November 1905. die wenigsten (55) im Juni 1905 statt.

Die Ab- und Zugänge des Krankenmaterials vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905 sind in Anlehnung an die Frankfurter Statistik besonders gruppiert. Einfach erworbene Psychosen wurden 237 (91 M. 146 Fr.) aufgenommen, davon sind geheilt 22 (6 M. 16 Fr.), gebessert 122 (42 M. 80 Fr.), ungeheilt entlassen 65 (24 M. 41 Fr.), gestorben 14 (6 M. 8 Fr.). Konstitutionelle und angeborene Psychosen wurden aufgenommen 31 (22 M. 9 Fr.), davon sind gebessert 11 (9 M. 2 Fr.), ungeheilt entlassen 14 (9 M. 5 Fr.). Epileptisch-hysterische Formen wurden aufgenommen 95 (74 M. 21 Fr.), davon sind geheilt 3 (2 M. 1 Fr.), gebessert 69 (48 M. 21 Fr.), ungeheilt entlassen 9 (8 M. 1 Fr.), gestorben 1 Fr. Alkoholische und andere intoxikate Psychosen wurden aufgenommen 317 (297 M. 20 Fr.), davon sind geheilt 195 (187 M. 8 Fr.), gebessert 92 (81 M. 11 Fr.), ungeheilt entlassen 4 M., gestorben 28 (25 M. 3 Fr.). Paralytische, senile und sonstige organische Geisteskrankheiten wurden aufgenommen 144 (87 M. 57 Fr.), davon sind geheilt 5 (2 M. 3 Fr.), gebessert 55 (30 M. 25 Fr.), ungeheilt 25 (21 M. 4 Fr.), gestorben 44 (32 M. 12 Fr.).

Anfang 1906 starben 2 Paralytiker infolge von Verbrühung im Bade; die betreffenden Wärter wurden verurteilt, und zwar in einem Falle zu 14 Tagen Gefängnis. Überfüllung der ganzen Anstalt. Die Erbauung neuer moderner Aufnahmestationen ist in Aussicht genommen. Zur Entlastung wurden vorübergehend im alten Arbeitshause 30 ruhige, sichere Kranke untergebracht. Ärztenot hier wie überall. Gesamtausgabe 261 572 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,81 M.

(20) Bestand am 31. März 1905 672 (391 M. 281 Fr.). Zugang 105 (68 M. 37 Fr.), davon 60 (31 M. 29 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 17 (16 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 6 (4 M. 2 Fr.) mit arteriosklerotischem bezw. postapoplektischem Irresein, 1 M. mit chronischem Alkoholismus. 33 (18 M. 15 Fr.) der Neuaufgenommenen waren erblich belastet, 15 (14 M. 1 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. 67 (46 M. 21 Fr.) waren schon über 6 Monate krank, 45 (30 M. 15 Fr.) schon früher in Anstalten gewesen. 10 (7 M. 3 Fr.) kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes. Abgang 108 (66 M. 42 Fr.); geheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gebessert 24 (21 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 51 = $7^1/_2$ % des Bestandes. An Tuberkulose sind 8 (1 M. 7 Fr.) gestorben. Dysenterieartige Dickdarmentzündungen und Typhus kamen wieder mehrfach vor. Die Zahl der Ärzte ist auf 5 erhöht. Für die eigentlichen Krankengebäude werden umfassende

Neu- bezw. Umbauten vorbereitet. Der Bau eines eigenen Wasserwerks ist beschlossen; dabei wird mit einem Tagesbedarf von 300—400 cbm gerechnet. Gesamtausgabe 336814 M.

(21) Bestand am 1. April 1905 717 (359 M. 358 Fr.). Zugang 139 (38 M. 101 Fr.), davon litten an Idiotie und Imbezillität 17 (7 M. 10 Fr.), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 29 (8 M. 21 Fr.), an Hysterie 1 Fr., an einfacher Seelenstörung 84 (18 M. 66 Fr.), an Paralyse 6 (3 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank waren 2 Fr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei einfacher Seelenstörung und Paralyse bis zu 3 Monaten bei 23 (6 M. 17 Fr.), 3—6 Monate bei 11 (1 M. 10 Fr.), 6—12 Monate bei 17 (2 M. 15 Fr.), 1—2 Jahre bei 12 (4 M. 8 Fr.), über 2 Jahre bei 27 (8 M. 19 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei Epilepsie und Hysterie 1—3 Jahre bei 7 (4 M. 3 Fr.), 3—10 Jahre bei 8 (2 M. 6 Fr.), 10—20 Jahre bei 11 (2 M. 9 Fr.), über 20 Jahre bei 4 Fr. Die Epilepsie hatte in 8 Fällen im Alter bis zu 6 Jahren begonnen, in 9 Fällen im Alter von 7—14 Jahren, in 11 Fällen im Alter von 15—25 Jahren, in 2 Fällen im Alter von 26—40 Jahren. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren von den Neuaufgenommenen 25 (16 M. 9 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 8 (5 M. 3 Fr.). 1 M. wurde vom Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zur Begutachtung überwiesen. Abgang 119 (52 M. 67 Fr.); geheilt 18 (9 M. 9 Fr.), gebessert 35 (15 M. 20 Fr.), ungeheilt 26 (10 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 38 (16 M. 22 Fr.). Tuberkulose war 1 mal, Krebs 2 mal Todesursache. Eine Epileptikerin stürzte beim Anfall hinterrücks die Treppe herab und zog sich hierbei eine Basisfraktur zu. Sie erholte sich hiervon nach längerer Zeit, verblödete dann aber rasch; für den Unfall und das spätere Krankenlager besteht fast völlige Amnesie. Die neue, mit modernen Einrichtungen versehene Waschanstalt wurde in Betrieb genommen. Im Frauenlazarett wurden in Anschluß an eine Revision des Reg. u. Med.-Rats die Wassertrogklosetts durch Spülklosetts (von der Anstalts-Direktion schon lange gefordert) ersetzt. Ein Balkenbrand auf dem Boden des Männerhaupthauses, ausgehend von dem in vorgeschriebener Entfernung befindlichen, defekt gewordenen Schornstein wurde rechtzeitig bemerkt und gelöscht. Gesamtausgabe 318941 M.

(22) Bestand am 31. März 1905 321 (172 M. 149 Fr.). Zugang 89 (51 M. 38 Fr.), davon kamen 41 (25 M. 16 Fr.) zum erstenmal in die Anstalt. 43 % aller Aufgenommenen war erblich belastet. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren 16 M. = 31,86 % aller aufgenommenen Männer: davon kamen 6 auf Grund des § 81 St.-P.-O. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 7 (6 M. 1 Fr.) bis 1 Monat, bei 9 (3 M. 6 Fr.) 1—3 Monate, bei 10 (3 M. 7 Fr.) 3—6 Monate, bei 14 (7 M. 7 Fr.) 6—12 Monate, bei 42 (26 M. 16 Fr.) über 12 Monate. Alkoholismus war 4 mal, Lues 6 mal, Wochenbett 2 mal, Gravidität, Pleuritis, Influenza, Hitzschlag je 1 mal Krankheitsursache. Von den Aufgenommenen litten 69 (36 M. 33 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 13 (10 M. 3 Fr.) an Paralyse. Abgang 94 (51 M.

43 Fr.); geheilt 11 (3 M. 8 Fr.), gebessert 34 (21 M. 13 Fr.), ungeheilt 22 (11 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 25 (14 M. 11 Fr.) = 6,1 % der Verpflegten. Paralyse war bei 9 (6 M. 3 Fr.), Tuberkulose bei 9 (5 M. 4 Fr.), Lungenentzündung bei 2 (1 M. 1 Fr.) Todesursache. 5 Entweichungen. Familienpflege seit Juni 1905; am Schluß des Berichtsjahres 7 M. und 2 Fr. in 5 Familien.

In der Pensionsanstalt waren Ende März 1906 51 (22 M. 29 Fr.). Zugang 25 (13 M. 12 Fr.), Abgang 34 (16 M. 18 Fr.), davon gestorben 15,6 % aller Verpflegten. 44 % aller Aufgenommenen war erblich belastet. Alkoholismus war 2 mal, Morphinismus und Kokainismus ebenfalls 2 mal Krankheitsursache. Gesamtausgabe 209 178 M.

(23) Bestand am 31. März 1904 727 (400 M. 327 Fr.). Zugang 139 (55 M. 84 Fr.), davon 69 (21 M. 48 Fr.) mit einfacher Seelenstörung 17 (11 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 20 (8 M. 12 Fr.) mit angeborenem Schwachsinn, 17 (9 M. 8 Fr.) mit Idiotie, 13 (3 M. 10 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 3 M. mit Alkoholismus. 38 (19 M. 19 Fr.) befanden sich bei ihrer Aufnahme im Alter von 20—30 Jahren, 32 (6 M. 26 Fr.) waren 30—40 Jahre, 26 (15 M. 11 Fr.) 40—50 Jahre, 11 (6 M. 5 Fr.) 50—60 Jahre, 9 (3 M. 6 Fr.) 60—70 Jahre, 11 (3 M. 8 Fr.) 70—80 Jahre alt. Abgang 109 (49 M. 60 Fr.), und zwar geheilt und gebessert 24 (8 M. 16 Fr.), ungeheilt 22 (15 M. 7 Fr.), gestorben 63 (26 M. 37 Fr.). An Tuberkulose starben 4 (1 M. 3 Fr.), an Beckenbruch ein ruhiger Paralytiker, der nachts aus dem im ersten Stock gelegenen Schlafsaal durch ein Fenster, dessen Drehflügel nur etwa 16 cm zu öffnen sind, hinausgestiegen und dabei abgestürzt war. Die tägliche Verpflegungsportion hat gekostet für Wärter- etc. Personal 0,629 M., für Kranke 0,446 M. Gesamtausgabe 391 840 M.

Bestand am 31. März 1905 757 (406 M. 351 Fr.). Zugang 180 (80 M. 100 Fr.), davon 110 (43 M. 67 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 17 (7 M. 10 Fr.) mit Paralyse, 13 (7 M. 6 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 17 (8 M. 9 Fr.) mit angeborenem Schwachsinn, 20 (12 M. 8 Fr.) mit Idiotie, 3 M. mit Alkoholismus. Von den Aufgenommenen waren 26 (13 M. 13 Fr.) 10—20 Jahre, 39 (16 M. 23 Fr.) 20—30 Jahre, 24 (12 M. 12 Fr.) 30—40 Jahre, 41 (20 M. 21 Fr.) 40—50 Jahre, 26 (13 M. 13 Fr.) 50—60 Jahre, 15 (5 M. 10 Fr.) 60—70 Jahre, 9 (1 M. 8 Fr.) 70—90 Jahre alt. Abgang 123 (67 M. 56 Fr.), und zwar geheilt und gebessert 30 (14 M. 16 Fr.), ungeheilt 10 (6 M. 4 Fr.), gestorben 83 (47 M. 36 Fr.). 11 (6 M. 5 Fr.) starben an Tuberkulose. In Familienpflege in Neustadt und nächster Umgebung befanden sich am Schlusse des Berichtsjahres 42 (17 M. 25 Fr.) gegen 27 (9 M. 18 Fr.) im Vorjahre. Anfang 1905 erhielt die bisherige Pflegeanstalt Neustadt die Bezeichnung Irrenanstalt. Für die Verwaltung wurde ein neues Reglement erlassen und dadurch die Möglichkeit direkter Aufnahme und der Behandlung heilbarer Kranker erweitert. Am 1. Dezember 1905 wurde das zur Aufnahme von 40 verbrecherischen und gemeingefährlichen Geisteskranken bestimmte feste Haus bezogen. Es wurden zu-

nächst 34 Kranke dorthin versetzt. Sie waren mit ihrem neuen Aufenthalt recht zufrieden, weil ihnen in dem festen Hause größere Bewegungsfreiheit gewährt werden konnte als auf ihren früheren Abteilungen. 11 Wärter reichten für dies Haus nicht aus. Als Beschäftigung erfreute sich die Weberei besonderer Beliebtheit, es sind bereits 5 Webstühle im Betrieb. Die tägliche Verpflegungsportion kostete für das Wärter- etc. Personal 0,70 M., für Kranke 0,3946 M. Gesamtausgabe 461021 M.

(24) Bestand am Beginn des Berichtsjahres 909 (503 M. 406 Fr.). Zugang 340 (194 M. 146 Fr.), hiervon litten 280 (154 M. 126 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 23 (19 M. 4 Frauen) an Paralyse, 18 (14 M. 4 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 11 (4 M. 7 Fr.) an Imbezillität, 5 (1 M. 4 Fr.) an Idiotie. Heredität war bei 141 (75 M. 66 Fr.), Alkoholismus bei 17 (16 M. 1 Fr.), Lues bei 4 M., Gemütsaffekte bei 22 (2 M. 20 Fr.) Krankheitsursache. Von den Aufgenommenen waren 22 (14 M. 8 Fr.) 15—20 Jahre alt, 83 (46 M. 37 Fr.) 20—30 Jahre, 72 (47 M. 25 Fr.) 30—40 Jahre, 76 (44 M. 32 Fr.) 40—50 Jahre, 48 (24 M. 24 Fr.) 50—60 Jahre, 22 (14 M. 8 Fr.) 60—70 Jahre, 17 (5 M. 12 Fr.) 70—90 Jahre alt. Abgang 321 (185 M. 136 Fr.), und zwar geheilt 40 (18 M. 22 Fr.), gebessert 81 (45 M. 36 Fr.), ungeheilt 114 (77 M. 37 Fr.), gestorben 83 (43 M. 40 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Bleibt Bestand 928 (512 M. 416 Fr.). An Tuberkulose starben 16 (8 M. 8 Fr.), an Paralyse 11 (10 M. 1 Fr.). An Lungentuberkulose erkrankt 29, an Knochentuberkulose 4. In Familienpflege 3 Frauen. Die Versetzung „gefährlicher“ Kranker in das feste Haus in Neustadt ermöglichte die langerstrebte freie Entwicklung der Anstalt. In den äußeren Einrichtungen ist der Charakter der Detention mehr und mehr geschwunden, im Betriebe selbst bemächtigt sich aller ein Gefühl größerer Freiheit, das „Krankenhaus“ tritt immer deutlicher in seine Rechte. Die Kirche ist um die Hälfte vergrößert und neu ausgestattet worden und reicht so für die geplante Erweiterung der Anstalt bis zu 1500 Kranken aus. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 66,67 Pf. Gesamtausgabe 590881 M.

(25) Bestand am 1. April 1905 447 (291 M. 156 Fr.). Zugang 252 (156 M. 96 Fr.), hiervon litten 184 (103 M. 81 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 18 (16 M. 2 Fr.) an Paralyse, 16 (12 M. 4 Fr.) an Epilepsie, 21 (12 M. 9 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 7 M. an Delirium potatorum, 6 M. waren nicht geisteskrank. Heredität war bei 97 (66 M. 31 Fr.), Lues bei 26 (23 M. 3 Fr.) Alkoholismus bei 18 M., uneheliche Geburt bei 19 (14 M. 5 Fr.) Krankheitsursache. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 17 (11 M. 6 Fr.) 1—6 Wochen, bei 22 (15 M. 7 Fr.) bis 3 Mon., bei 45 (30 M. 15 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 64 (42 M. 22 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 28 (15 M. 13 Fr.) 1 bis 2 Jahre, bei 16 (10 M. 6 Fr.) 2 bis 5 Jahre. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 22. Abgang 240 (139 M. 91 Fr.), gebessert 115 (62 M. 53 Fr.), ungeheilt 59 (31 M. 28 Fr.), nicht geisteskrank 6 M., gestorben 50 (40 M. 10 Fr.), darunter 18 (17 M. 1 Fr.) an Paralyse, 2 (1 M. 1 Fr.) an Tuberkulose. In Familienpflege am Schluß des Jahres 65 (54 M.

11 Fr.) auf 49 Pflegestellen. In Göttingen selbst in Familienpflege 1 Kranker erster und 1 Kranker zweiter Klasse. Das neuerbaute Frauenlazarett wurde bezogen, es ist für 36 unreinliche Kranke eingerichtet, welche auch des Nachts besonderer Überwachung bedürfen. Unreinlichkeiten werden seitdem auch auf der Frauenseite so gut wie vollständig vermieden, Dekubitus kam nicht mehr vor. Die ursprüngliche Zellenabteilung ist durch Umbau in eine Abteilung für Infektionskranke mit besonderem Zugang, Bad und Klosett und in eine hiervon völlig getrennte Wachabteilung für unruhige Kranke umgewandelt worden. Isoliert wird nicht mehr. Abgesehen von einem Einzelzimmer auf der Klinik ist keine Gelegenheit zur Zellenbehandlung mehr vorhanden. Zwölf Typhusfälle auf der Frauenseite durch Einschleppung; energische, systematische Desinfektions- und Absperrmaßregeln verhinderten weitere Ausdehnung der Epidemie. Zwei „Bazillenträgerinnen" blieben auf der Infektionsabteilung. Die Verpflegungskosten betrugen durchschnittlich pro Kopf und Tag 61,471 Pf.

(26) Bestand am 1. April 1905 668 (379 M. 289 Fr.), einschließlich 72 M. in der Ackerbaukolonie Einum. Zugang 195 (97 M. 98 Fr.), hiervon litten 143 (60 M. 83 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 23 (15 M. 8 Fr.) an Paralyse, 8 (3 M. 5 Fr.) an Hysterie und Epilepsie, 12 (10 M. 2 Fr.) an Idiotie und Imbezillität. Heredität war bei 44 (24 M. 20 Fr.), uneheliche Geburt bei 11 (5 M. 6 Fr.), Potus bei 25 (17 M. 8 Fr.), Lues bei 8 (5 M. 3 Fr.), Pubertät bei 8 (3 M. 5 Fr.), Klimakterium bei 7 Fr., Wochenbett bei 2 Fr., Sonnenstich bei 1 M., Senium bei 16 (1 M. 15 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 46 (19 M. 27 Fr.) unter 3 Monaten, bei 31 (15 M. 16 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 18 (9 M. 9 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 27 (14 M. 13 Fr.) 1 bis 2 Jahre, bei 53 (22 M. 31 Fr.) über 2 Jahre. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 9, von denen 8 dem aktiven Soldatenstande angehörten. Von den 97 aufgenommenen Männern waren 28 mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Abgang 190 (100 M. 90 Fr.), geheilt 20 (11 M. 9 Fr.), gebessert 34 (15 M. 19 Fr.), ungeheilt 58 (28 M. 30 Fr.), nicht geisteskrank 3, gestorben 75 (43 M. 32 Fr.), darunter 24 an Paralyse, 4 an Tuberkulose, 5 an Krebs. Ein Typhusfall durch Einschleppung. Zwei in den Ruhestand tretenden Wärtern wurde das Allgemeine Ehrenzeichen verliehen. Zehn Aufnahmeanträgen konnte wegen Platzmangel nicht entsprochen werden. Gesamtausgabe 761482 M.

(27) Bestand am 1. April 1905 667 (334 M. 333 Fr.). Zugang 262 (130 M. 132 Fr.), davon litten 190 (82 M. 108 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 23 (15 M. 8 Fr.) an Paralyse, 15 (7 M. 8 Fr.) an Epilepsie, 18 (14 M. 4 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 8 M. an Delirium potatorum. Zur Beobachtung kamen 8 (4 M. 4 Fr.). Heredität war bei 88 (45 M. 43 Fr.), Alkoholismus bei 34 (27 M. 7 Fr.), Lues bei 14 (11 M. 3 Fr.), Klimakterium bei 2 Fr. Schwangerschaft und Wochenbett bei 8 Fr., Trauma bei 8 (6 M. 2 Fr.), Senium bei 12 (3 M. 9 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 82 (40 M. 42 Fr.) unter 3 Monaten, bei 27 (15 M. 12 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 25 (12 M. 13 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 16 (5 M. 11 Fr.) 1

bis 2 Jahre, bei 75 (37 M. 38 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 243 (121 M. 122 Fr.), geheilt 22 (9 M. 13 Fr.), gebessert 64 (30 M. 34 Fr.), ungeheilt 88 (49 M. 39 Fr.), nicht geisteskrank 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 64 (30 M. 34 Fr.), und zwar an Tuberkulose 10 (5 M. 5 Fr.), an Typhus 1 Fr., durch Suicidium 1 Fr. 20 (15 M. 5 Fr.) der Verstorbenen litten an Paralyse. 40 Aufnahmeanträge mußten abgelehnt werden. Sechs neue Pavillons sind im Bau und werden für weitere 300 Betten Platz schaffen. Eine Kegelbahn und zwei Häuser mit vier Familienwohnungen für verheiratete Wärter wurden fertiggestellt und bezogen. Gesamtausgabe 573095 M.

(28) Bestand am 1. April 1905 412 (165 M. 247 Fr.). Zugang 176 (84 M. 92 Fr.), hiervon litten 122 (50 M. 72 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 15 (12 M. 3 Fr.) an Paralyse, 22 (14 M. 8 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 7 (4 M. 3 Fr.) an Epilepsie, 5 Fr. an Hysterie, 1 M. an Alkoholismus. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 4 (3 M. 1 Fr.). Heredität war bei 55 (35 M. 20 Fr.), Alkoholismus bei 14 (11 M. 3 Fr.), Schwangerschaft und Wochenbett bei 13 Fr., Klimakterium bei 8 Fr., Senium bei 12 (2 M. 10 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 49 (10 M. 30 Fr.) weniger als 3 Monate, bei 13 (9 M. 4 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 12 (5 M. 7 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 18 (6 M. 12 Fr.) 1 bis 2 Jahre, bei 60 (29 M. 31 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 173 (72 M. 101 Fr.), und zwar geheilt 16 (6 M. 10 Fr.), gebessert 65 (27 M. 38 Fr.), ungebessert 57 (19 M. 38 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 33 (18 M. 15 Fr.). Tuberkulose war zweimal, Paralyse achtmal, Krebs zweimal Todesursache.

(29) Bestand am 1. April 1905 451 (257 M. 194 Fr.), davon 208 (89 M. 119 Fr.) mit einfach erworbenen, 32 (17 M. 15 Fr.) mit konstitutionellen und angeborenen Psychosen, 48 (31 M. 17 Fr.) mit epileptischen, hysterischen Formen, 69 (67 M. 2 Fr.) mit Alkohol- und anderen Intoxikationen, 95 (54 M. 41 Fr.) der paralytischen, senilen und sonstigen organischen Gruppe. Zugang 1242 (921 M. 321 Fr.), in den fünf genannten Gruppen 265 (129 M. 136 Fr.) 63 (38 M. 25 Fr.), 213 (160 M. 53 Fr.), 534 (483 M. 51 Fr.), 167 (111 M. 56 Fr.). Von den 1242 Gesamtaufnahmen waren 1010 Neuaufnahmen. Abgang 1247 (937 M. 310 Fr.), und zwar geheilt 39 (24 M. 15 Fr.), gebessert 807 (716 M. 191 Fr.), ungeheilt 226 (146 M. 80 Fr.), gestorben 75 (51 M. 24 Fr.) Eine besondere Tabelle erläutert die Entwicklung der Aufnahmen und ihre Verteilung auf die einzelnen Gruppen der Geisteskrankheiten in den letzten 12 Jahren, sie beweist die zunehmende Bedeutung von Alkoholismus und Epilepsie für die Aufnahme, während die Imbezillität und die einfachen Psychosen eine langsame aber stetige Vermehrung zeigen, die Paralyse dagegen am Ende des Zeitraums nicht häufiger ist als am Anfang. „Es wird hierdurch bestätigt, daß die Grundkrankheit der Paralyse, die Syphilis in ihrer vernichtenden Wirkung mit den schweren äußersten Folgen für das Nervensystem, durch zweckmäßige Behandlung, wie sie hierorts seit Jahren geübt wird, mehr und mehr abgeschwächt und bekämpft wird.“ 533 (58%) der aufgenommenen Männer und 54 (17%) der Frauenaufnahmen waren bestraft;

die Tabelle betr. Verteilung der Bestrafungen auf die verschiedenen Krankheitsgruppen zeigt die Häufigkeit der Vorstrafen namentlich bei Alkoholisten, Epileptikern und Imbezillen. In die Zeit bis zu 6 Monaten fallen die hauptsächlichsten Entlassungen der Genesenen und Gebesserten bei den einfachen Seelenstörungen ebenso wie bei den organischen Psychosen, binnen 1 Monat hat die größere Anzahl der Alkoholisten sowie der Epileptiker die Anstalt wieder verlassen.

Die seit fünf Jahren in Betrieb befindliche Filiale „Köppern“ hat sich besonders für die Behandlung von Alkoholisten geeignet erwiesen. In den fünf Berichtsjahren wurden 154 an chronischer Alkoholvergiftung leidende Männer aufgenommen, davon sind 60 % als gebessert und 28,5 % ungeheilt entlassen worden. Am 31. März 1906 Bestand: 18 Alkoholisten, 3 Epileptiker, 3 andere Psychosen.

(30) Bestand am Beginn des Berichtsjahres 769 (409 M. 360 Fr.). Zugang 183 (107 M. 76 Fr.) davon 129 (61 M. 68 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 9 M. mit Paralyse, 10 (7 M. 3 Fr.) mit Imbezillität und Idiodie, 16 (13 M. 3 Fr.) mit Epilepsie, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Hysterie, 16 (15 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Erbliche Belastung war trotz unvollständiger Anamnesen bei einem hohen Prozentsatz der Aufgenommenen nachweisbar. Danach spielte der Alkoholismus als Ursache der Geisteskrankheiten die größte Rolle. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 13 M. Abgang 147 (97 M. 50 Fr.), genesen 6 (1 M. 5 Fr.), gebessert 82 (63 M. 19 Fr.), ungebessert 58 (32 M. 26 Fr.), nicht geisteskrank 1 M. In Familienpflege 91 (62 M. 29 Fr.). Der Erweiterungsbau der unruhigen Männerstation wurde vollendet und hier die Aufnahmestation für Männer eingerichtet. Gesamtausgabe 583 432 M.

(31) Bestand am Beginn des Berichtsjahres 759 (366 M. 393 Fr.). Zugang 233 (132 M. 101 Fr.), und zwar 139 (64 M. 75 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 21 (15 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 19 (15 M. 4 Fr.) mit Epilepsie, 4 (1 M. 3 Fr.) mit Hysterie, 31 (18 M. 13 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 19 mit Alkoholismus. 44 % der Aufgenommenen war nachweisbar erblich belastet. Nächst der erblichen Belastung war übermäßiger Alkoholgenuß häufigste Krankheitsursache. 66 der Aufgenommenen = 46 % (61 M. 5 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 6 M. Innerhalb der ersten sechs Krankheitsmonate wurden 60 (25 %) aufgenommen. Abgang 145 (75 M. 70 Fr.), geheilt 14 (5 M. 9 Fr.), gebessert 50 (23 M. 27 Fr.), ungeheilt 19 (15 M. 4 Fr.), gestorben 62 (32 M. 30 Fr.). Gesamtsterblichkeit = 7,7 %. Die Todesfälle an Lungenschwindsucht haben zugenommen, sie betragen nahezu 25 % der Gesamtsterblichkeit. Zwei neue Pavillons für je 100 Kranke sind in Benutzung genommen. Die Erweiterungsbauten des Wirtschaftsgebäudes wurden vollendet. Verpflegung pro Kopf und Tag durchschnittlich 72 ₰. Gesamtausgabe 565 029 M.

(32) Bestand am 1. April 1905 4413 (2296 M. 2117 Fr.), und zwar in Andernach 513 (257 M. 256 Fr.), in Bonn 738 (385 M. 353 Fr.), in Düren 782 (416 M. 366 Fr.), in Galkhausen 818 (417 M. 401 Fr.), in Grafenberg 816

(443 M. 373 Fr.), in Merzig 746 (378 M. 368 Fr.). Zugang 3381 (1987 M. 1394 Fr.), und zwar in Andernach 228 (130 M. 98 Fr.), in Bonn 606 (358 M. 246 Fr.), in Düren 328 (179 M. 149 Fr.), in Galkhausen 491 (274 M. 217 Fr.), in Grafenberg 700 (418 M. 282 Fr.), in Merzig 289 (179 M. 110 Fr.), in Johannisthal 739 (449 M. 290 Fr.). Von den Neuaufgenommenen litten 2290 (1125 M. 1165 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 267 (215 M. 52 Fr.) an Paralyse, 345 (258 M. 87 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 167 (143 M. 24 Fr.) an Epilepsie [in Johannisthal], 158 (108 M. 50 Fr.) an Imbezillität, Idiotie und Kokainismus, 74 (62 M. 12 Fr.) an Delirium potatorum, nicht geisteskrank waren 80 (76 M. 4 Fr.). 32 % der Aufgenommenen waren erblich belastet (26,2 % M. 40,6 % Fr.), bei 20,5 % (26 % M. 13,1 % Fr.) war Alkoholismus Krankheitsursache, bei 46 (32 M. 14 Fr.) der an Paralyse Erkrankten war Lues nachweisbar. 493 der Neuaufgenommenen (432 M. 61 Fr.), d. i. 14,6 % (21,8 % M. 4,4 % Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Abgang 2958 (1671 M. 1287 Fr.), davon geheilt 451 (281 M. 170 Fr.), gebessert 827 (472 M. 355 Fr.), ungeheilt 1000 (493 M. 507 Fr.), davon wurden 682 in andere Anstalten versetzt; gestorben 587 (340 M. 247 Fr.) = 7,5 % aller Verpflegten. Tuberkulose war bei 81 (43 M. 38 Fr.) Todesursache = 1 % der Verpflegten. 25 % der Gestorbenen waren Paralytiker. 4 Selbstmorde. Entweichungen meist ohne böse Folgen, nur 1 M. kam dabei durch Sturz von einem Felsen zu Tode. 11 Geburten in 5 Anstalten, in Bonn allein 5. In Grafenberg 12 Fälle von Ruhr, wovon 2 letal verliefen und 2 Fälle von Typhus durch Einchleppung. In Bonn 3 Typhusfälle unbekannten Ursprungs. In Andernach 2 Typhusepidemien ausgehend von 2 anscheinend körperlich gesunden Frauen, die als „Typhusbazillenträgerinnen" erkannt wurden. Seit ihrer Isolierung sind keine Erkrankungen an Typhus mehr vorgekommen. Von den Kranken IV. Klasse waren in den einzelnen Anstalten durchschnittlich 44—67 % beschäftigt. Gelegentlich der Kaisersgeburtstagsfeier entstand auf der Bühne des Gesellschaftshauses in Grafenberg Feuer, das den Festsaal bis auf die Umfassungsmauer einäscherte. Im „Bewahrungshause" zu Düren sind 58 irre Verbrecher verpflegt. Der Durchschnittsbestand betrug 48. Zugang 10. Abgang 8. Gestorben 2.

Am 1. Juli 1905 fand die erste Belegung der neu errichteten Anstalt Johannisthal statt. Die Epileptiker aus dem Landarmenhause in Trier wurden zunächst dorthin übergeführt, größere Transporte aus anderen Anstalten folgten in kurzen Zwischenräumen. 1½ Monat nach der Eröffnung war die Etatsziffer von 400 Köpfen bereits überschritten. Gesamtausgabe 3 203 756 M.

(33) Bestand am Beginn des Berichtsjahres 424. Zugang 205 (108 M. 97 Fr.) Heredität war nachweisbar bei 86 (50 M. 36 Fr.). Alkoholismus war bei 23 (18 M. 5 Fr.) Krankheitsursache. Abgang 196 (99 M. 97 Fr.), genesen 21 (10 M. 11 Fr.), gebessert 63 (23 M. 40 Fr.), ungeheilt 66 (36 M. 30 Fr.). nicht geisteskrank 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 43 (29 M. 14 Fr.). 9 Typhusfälle durch Einschleppung. 1 Suicidium durch Erhängen.

(34) Bestand am 1. Januar 1905 699 (394 M. 305 Fr.), und zwar mit einfacher Seelenstörung 554 (317 M. 237 Fr.), mit Paralyse 41 (27 M. 14 Fr.), mit Epilepsie 48 (23 M. 25 Fr.), mit Imbezillität und Idiotie 49 (21 M. 28 Fr.), mit Delirium potatorum 7 (6 M. 1 Fr.). Zugang 232 (135 M. 97 Fr.), und zwar 174 (91 M. 83 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 21 (17 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 15 (7 M. 8 Fr.) mit Epilepsie, 10 (9 M. 1 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 10 (9 M. 1 Fr.) mit Delirium potatorum. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 2 M. Heredität bei 110 (52 M. 58 Fr.). Von den 21 Paralysen waren 7 (4 M. 3 Fr.) erblich belastet. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 28 (26 M. 2 Fr.). Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 41 (25 M. 16 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 75 (51 M. 24 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 96 (66 M. 30 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 114 (72 M. 42 Fr.) unter 1 Jahr, bei 57 (25 M. 32 Fr.) über 1 Jahr und bei 49 (20 M. 29 Fr.) über 2 Jahre. Von den einfachen Seelenstörungen sind die zahlreichsten Fälle im Alter von 26—30 Jahren, von den Paralysen im Alter von 41—45 und 46—50 Jahren. Abgang 305 (183 M. 122 Fr.), und zwar geheilt 13 (8 M. 5. Fr.), gebessert 81 (49 M. 32 Fr.), ungeheilt 143 (90 M. 53 Fr.), davon 117 in andere Anstalten, nicht geisteskrank 2 M., gestorben 66 (34 M. 32 Fr.), Tuberkulose war bei 12 (2 M. 10 Fr.) Todesursache. 1 Suicidium bei einem fleißigen, harmlosen Werkstättenarbeiter. Gesamtausgabe 438 583 M.

(35) Bestand am 1. Januar 1905 510 (250 M. 260 Fr.), und zwar mit einfacher Seelenstörung 426 (184 M. 242 Fr.), mit Paralyse 21 (15 M. 6 Fr.), mit Epilepsie 20 (17 M. 3 Fr.), mit Idiotie 35 (26 M. 9 Fr.), mit Delirium potatorum 8 M. Zugang 274 (148 M. 126 Fr.), davon 209 (100 M. 109 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 16 (14 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 14 (6 M. 8 Fr.) mit Epilepsie, 21 (14 M. 7 Fr.) mit Imbezillität, 11 M. mit Delirium potatorum; nicht geisteskrank waren 3 M. Erblich belastet waren 60,14 %, von den an Paralyse Erkrankten 50 %. Wegen „Gemeingefährlichkeit" waren eingewiesen 12 %. Mit dem Strafgesetz waren 16 (15 M. 1 Fr.) in Konflikt geraten. 44,26 % aller Erstaufnahmen kam im ersten Vierteljahr der Erkrankung in die Anstalt. Abgang 239 (140 M. 99 Fr.), und zwar genesen 24 (7 M. 17 Fr.) = 10,17 %, gebessert 131 (80 M. 51 Fr.) = 55,5 %, ungeheilt 51 (30 M. 21 Fr.) = 21,61 %, nicht geisteskrank 3 M., gestorben 30 (20 M. 10 Fr.) = 12,5 % des Gesamtabgangs und = 3,81 % des Gesamtbestandes. Unter den Verstorbenen befanden sich 13 (12 M. 1 Fr.) Paralysen. An Tuberkulose starb 1 M. = 3,3 % der Todesfälle. Wegen Nahrungsverweigerung mußten 28 (7 M. 21 Fr.) längere Zeit mit der Sonde ernährt werden. 32 Entweichungsversuche ohne nachteilige Folgen. Gesamtausgabe 507 390 M.

In der Pflegeanstalt Irsee Bestand am 1. Januar 1905: 256 (122 M. 134 Fr.). Zugang 31 (16 M. 15 Fr.), sämtlich aus Kaufbeuren. Abgang 21 (13 M. 8 Fr.), davon 5 (4 M. 1 Fr.) in eine andere Anstalt, 16 (9 M. 7 Fr.) gestorben = 76 % des Gesamtabganges. An Tuberkulose starben 4 (3 M. 1 Fr.). Gesamtausgabe 210 281 M.

Die Normalbelegungsziffer von Kaufbeuren — 490 — war am Schluß des Berichtsjahres um 55 überschritten. In den letzten 10 Jahren ist der Krankenbestand in den Anstalten durchschnittlich um 24,4 gestiegen. Wenn die Neubauten nicht vor 2—3 Jahren fertiggestellt werden können, ist sofortige Abhilfe unerläßlich, falls nicht die Irrenfürsorge in Schwaben in empfindlicher Weise behindert werden soll.

(36) Die nach 3³/₄jähriger Bauzeit fertiggestellte neue Anstalt Eglfing ist nach vorheriger feierlicher Einweihung und Besichtigung durch den Prinzregenten von Bayern am 24. Juli bezogen worden. An diesem Tage fanden die ersten Krankenüberführungen aus der alten Münchener Anstalt statt. Bis zum 24. August war der gesamte Umzug vollendet. 387 M. und 400 Fr. — Ruhige, Überwachungsbedürftige, Bettlägerige und Hinfällige — waren teils mit der Bahn, teils durch Wagen der Sanitätskolonne und Rettungsgesellschaft übergeführt und zwischendurch das in der alten Anstalt vorher aufgefrischte Mobiliar nach Eglfing geschafft worden. Sämtliche Krankentransporte wurden ohne störende Zwischenfälle ausgeführt. Die Kranken gewöhnten sich rasch an die neuen Verhältnisse. Bis dahin unzugängliche, stumpfe Patienten lebten in der freien Behandlung förmlich auf und wurden tüchtige Arbeitskräfte. Die Möglichkeit des ausgedehnten Aufenthaltes im Freien, eventuell unter gedeckten Veranden, wurde besonders angenehm empfunden und beeinflußte Aussehen und Ernährungszustand vieler Kranker überraschend günstig. Ausführliche Tabellen geben Aufschluß über die große Zahl der in Eglfing wirkenden Beamten und Bediensteten, sowie über deren Bezüge. An der Spitze des technischen Personals steht als Betriebsleiter ein Elektroingenieur.

Bestand am 1. Januar 1905 791 (404 M. 387 Fr.). Zugang 442 (269 M. 173 Fr.), davon litten 54 % an einfacher Seelenstörung, 18,2 % (20,8 % M. 14,5 % Fr.) an Paralyse, 6,3 % an Epilepsie, 8 % an Idiotie, 12 % an Delirium potatorum. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 28 (23 M. 5 Fr.), hiervon waren 21 (17 M. 4 Fr.) geisteskrank. Erblich belastet waren 35,6 % aller Aufgenommenen, 38,3 % der aufgenommenen Paralysen. Abgang 355 (231 M. 124 Fr.), genesen 20, gebessert 62, ungeheilt 161, nicht geisteskrank 8, gestorben 104 = 8,43 % aller Verpflegten. Bei 15,4 % der Sterbefälle war Tuberkulose Todesursache. 1 Suicidium durch Erhängen. Von den 104 Verstorbenen hatten 55 an Paralyse gelitten. Gesamtausgabe 785 764 M.

(37) Im November 1903 beschloß der oberfränkische Landrat den Bau einer zweiten Kreis-Irrenanstalt in Kutzenberg bei Ebensfeld (Bahnlinie Bamberg-Lichtenfels). Die Anstalt ist als Heil- und Pflegeanstalt mit Ackerbaukolonie für eine Höchstzahl von 600 Kranken entworfen und zunächst für 200 eingerichtet. Sie wird nach dem Pavillonsystem erbaut und mit modernen Einrichtungen versehen. Über Zahl, Größe, Einrichtung, Bestimmung der einzelnen Häuser geben „Chronik der Anstalt“ sowie „Mitteilungen über bauliche und organisatorische Maßnahmen“ Aufschluß. Verwaltungs-, Wirtschaftsgebäude, sowie die übrigen Zentralanlagen erhalten von vornherein die für den späteren Ausbau nötige Größe. Der Grundbesitz beträgt 95,78 ha, wovon rund 75 ha

dem landwirtschaftlichen Betriebe zur Verfügung stehen; die Anstalt besitzt eine eigene Hochdruckquellenleitung. Elektrische Beleuchtung, Fernheizung, zentrale Warmwasser- und Dampfversorgung sind in Aussicht genommen. Die Abwässer werden zwei großen Klärkammern zugeführt. Baukosten einschließlich Grunderwerb für 240 Plätze 1400000 M.

Eröffnung der Anstalt im September 1905. Von Bayreuth wurden 102 Kranke überführt. Bestand am Schluß des Berichtsjahres 106 (72 M. 34 Fr.), davon 95 (64 M. 31 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 4 (3 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 6 (4 M. 2 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 1 M. mit Delirium potatorum. Gesamtausgabe 16875 M.

(38) Das Berichtsjahr begann mit einem Gesamtbestande von 4458 (2075 M. 2383 Fr.), er ist gegen das Vorjahr um 76 gewachsen. Die Verhältniszahl der in den Strafanstalten für Geisteskranke und Epileptische (exklusive Waldheim) verpflegten Kranken zur Bevölkerungszahl des Landes beträgt etwa 1‰.

Zu Beginn des Jahres waren in Sonnenstein 540 (312 M. 228 Fr.), Untergöltzsch 505 (245 M. 260 Fr.), Zschadraß 473 (237 M. 236 Fr.), Großschweidnitz 378 (152 M. 226 Fr.), Hubertusburg A. 496 (464 M. 32 Fr), B. 820 Fr., Colditz 600 (307 M. 293 Fr.), Hochweitzschen 646 (358 M. 288 Fr.). Gesamtzugang 906 (468 M. 438 Fr.), und zwar in Sonnenstein 156 (81 M. 75 Fr.), Untergöltzsch 167 (84 M. 83 Fr.), Zschadraß 113 (54 M. 59 Fr.), Großschweidnitz 126 (53 M. 73 Fr.), Hubertusburg A. 105 M., B. 91 Fr., Colditz 63 (38 M. 25 Fr.), Hochweitzschen 85 (53 M. 32 F.); davon wurden 32 (13 M. 19 Fr.) von einer Anstalt in die andere übergeführt. Neu wurden also nur 874 (455 M. 419 Fr.) aufgenommen; hiervon gehörten 228 = 28,89% der Altersstufe von 30—40 Jahren, 181 = 22,94% der von 20—30 Jahren und 158 = 20% der von 40—50 Jahren an; die Verhältnisse bei den Männern und Frauen waren dabei im wesentlichen gleich, letztere überwogen etwas in den Altersstufen von 15—20 und von 60—70 Jahren, erheblich in der Altersstufe von 70—80 Jahren. Ganz anders sind die Verhältnisse bei der Anstalt für Epileptische zu Hochweitzschen; hier kommen auf die Altersstufen unter 10 Jahren 5,88% der Aufnahmen, von 10—20 Jahren 10,58%; von 20—30 Jahren 41,18%; von 30—40 Jahren 18,80%; von 40—50 Jahren 5,88%; es überwiegen hier bei weitem die jugendlichen Aufnahmen. Bei 27,2% der Neuaufgenommenen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 3 Monaten, bei 13,3% bis zu 6, bei 16,5% bis zu 12 Monaten, bei 11,2% bis zu 2 Jahren, bei je 5% bis zu 3 und 4 Jahren, bei 3,8% bis zu 5 Jahren, bei 12,4% über 5 Jahre. Allgemein wird darüber geklagt, daß bei den Aufnahmeanträgen sehr zum Schaden der Kranken das Moment der „Gemeingefährlichkeit“ zu sehr berücksichtigt und betont wird.

Von allen den Irrenanstalten Zugeführten litten 86 M. (= 22,5%) und 25 Fr. (= 6,5%) an Paralyse, davon hatten 45,3% M. und 25% Fr. Lues durchgemacht. 46,2% der Aufnahmen war erblich belastet. Alkoholmißbrauch war bei 15,5% M. und 1,78% Fr. Krankheitsursache. Von den in Hoch-

weitzschen aufgenommeren Epileptikern waren 45,5% erblich belastet; Alkoholmißbrauch war nur in 2 Fällen das kausale Moment, während in 6 Fällen die Epilepsie auf Trunksucht der Vorfahren zurückzuführen war. In Colditz gilt die Mehrzahl der Aufnahmeanträge der Versorgung solcher Kranker, die wegen ihres nicht unbescholtenen Vorlebens der Anstalt zugewiesen werden mußten (86,6%). Gesamtabgang in allen genannten Anstalten 786 (393 M. 393 Fr.). Als genesen bzw. wesentlich gebessert wurden entlassen 297 (117 M. 180 Fr.), und zwar 23,3% nach einem Anstaltsaufenthalt bis zu 3 Monaten, 28,4% nach einem solchen bis zu 6, 25,7% nach einem solchen bis zu 12 Monaten, 8,9% nach 1½jährigem Anstaltsaufenthalt. Später wurde nur noch bei relativ wenigen (13,7%) ein beachtenswertes Behandlungsresultat erzielt. Bei den Epileptikern ist die Zahl der Heilungen und Besserungen bedeutend zurückgegangen, was wohl hauptsächlich in der Anhäufung unheilbarer, gefährlicher, unsozialer Kranker, die den Zugang neuer Kranker hindern, begründet sein mag. Gestorben 286 (165 M. 121 Fr.) = 7,82% des durchschnittlichen Gesamtbestandes, davon 35% an Paralyse, 16,8% an Tuberkulose. 3 Fälle von Selbstmord. Der erstaunlich geringe Wechsel unter dem männlichen Pflegepersonal ist wohl auf seine gute Lage in den sächsischen Landesanstalten zurückzuführen. Den immer wiederkehrenden Klagen über Überfüllung der gesicherten Abteilungen, der Abteilungen für Unruhige und Überwachungsbedürftige, besonders durch chronische Kranke soll durch den Neubau einer größeren, mit allen modernen Erfordernissen ausgestatteten Pflegeanstalt abgeholfen werden. In Großschweidnitz und Untergöltzsch wurde das Beköstigungswesen dahin geändert, daß die Beköstigung unter Dispensation vom bisherigen Beköstigungsregulativ lediglich nach direktoriellem Ermessen erfolgte. Die Beköstigung wurde dadurch abwechselungsreicher und schmackhafter; es konnte alle nur erdenkbare Rücksicht in bezug auf den Zustand der Kranken, auf Alter, Geschlecht, auf frühere Beköstigung, auf Jahreszeit, ja auf Geschmack und Neigung genommen werden. Trotz aller dieser unzweifelhaften Verbesserungen wurden auch noch Ersparnisse gemacht. Neben Bettbehandlung in großem Umfange, verbunden mit sorgfältigster Überwachung, findet in allen Anstalten das Dauerbad neben sonstigen hydrotherapeutischen Maßnahmen, speziell Einpackungen, ausgedehnteste Anwendung. „Wenn es auch nur selten eklatante Heilerfolge erzielt, so ist es doch in vieler Beziehung ein unschätzbares Hilfsmittel der Behandlung und könnte gar nicht mehr entbehrt werden.“ Die Bettbehandlung wurde vielfach erfolgreich mit Licht- und Freiluftbehandlung kombiniert. Prinzipiell vermieden werden Isolierungen, besonders des Nachts nicht. Die Beschäftigung wird als „ein wesentliches, unentbehrliches Hilfsmittel der Behandlung“ bezeichnet; von den nicht bettlägerigen Kranken wurden 50—80% beschäftigt. In Großschweidnitz und Sonnenstein wird über Abnahme der für landwirtschaftliche Arbeiten geeigneten und bereiten Kranken geklagt.

In der psychiatrischen und Nervenklinik zu Leipzig sind bei einer Bettenzahl von 190 insgesamt 934 (563 M. 371 Fr.) verpflegt worden. Hiervon

litten 652 an Geisteskrankheit, 146 an Alkoholismus, 136 an Nervenkrankheiten. Entlassen wurden 741; 51 starben. Waldheim hatte zu Beginn des Jahres 181 Kr. Zugang 34 Kr., davon 7 = 20,6% mit Paralyse, 25 = 73,6% mit einfacher Seelenstörung, 1 = 2,9% mit Imbezillität, 1 = 2,9% mit Hysteroepilepsie. Heredität war 5mal, Alkoholismus 7mal, Lues 7mal, Alkoholismus und Lues 2mal, Gefäßerkrankung 2mal, Isolierhaft 1mal Krankheitsursache. Abgang 29, davon 9 als geheilt, 5 als gebessert entlassen, 8 gestorben. Die Behandlung bestand vornehmlich in reichlicher Ernährung, Bettruhe, psychischer Beeinflussung, Dauerbädern und Beschäftigung mit Garten-, Haus- und Handarbeiten. Wärter standen im Verhältnis 5,3 : 1 zur Verfügung; Vermehrung des Personals wird gewünscht. Wegen unzureichender Wasserversorgung im Sommer mußten wochenlang die Reinigungsbäder ausgesetzt werden und die Spülung der Pissoirs unterbleiben.

Dösen begann mit einem Krankenbestande von 776 (411 M. 365 Fr.). Zugang 450 (265 M. 185 Fr.), davon 105 = 23,3% (78 = 29,4% M., 27 = 14,6% Fr.) an Paralyse, 47 = 10,4% (45 = 16,9% M., 2 = 1,1% Fr.) mit Alkoholismus. Viele der an Alkoholismus Leidenden sind aus dem Norden und Osten des Reiches zugewandert. Bei den Paralytikern vorausgegangen war Lues in 25 Fällen = 23,8% nachweisbar. Heredität bestand bei 156 = 34,6% (90 M. = 33,9%, 66 Fr. = 35,6%). Von allen seit Eröffnung der Anstalt im Jahre 1901 aufgenommenen Paralytikern waren 12,9% erblich belastet. Bei 120 = 26,6% der Aufgenommenen betrug die Dauer der Erkrankung beim Eintritt bis zu höchstens 6 Monaten. Unter den Aufgenommenen fällt die verhältnismäßig hohe Zahl der verwitweten und geschiedenen Frauen auf. Abgang 396 (237 M. 159 Fr.), und zwar geheilt und gebessert 154 (95 M. 59 Fr.), ungeheilt 86 (52 M. 34 Fr.), gestorben 156 (90 M. 66 Fr.). Die Entlassungen erfolgen jetzt früher als sonst; „Vertrauensmänner“ in den einzelnen Stadtteilen nehmen sich der Kranken nach ihrer Entlassung an. Die Alkoholisten werden stets veranlaßt, nach ihrer Entlassung dem Guttemplerorden oder dem Blauen Kreuz beizutreten. Von den Gestorbenen erlagen 46,8% der Paralyse. Mit der Organisation der Familienpflege wurde begonnen. Ausgedehnte Beschäftigung der Kranken mit Bureau-, Werkstätten-, Garten-, Küchen-, Haus- und Handarbeit. Von der Erwerbung eines Landgutes zur Beschäftigung der Kranken wurde Abstand genommen, weil dieselben ja fast sämtlich der städtischen, zur Feldarbeit nur wenig geeigneten und geneigten Bevölkerung entstammen. Ein neu erbautes Haus für Infektionskrankheiten ist in Benutzung genommen. In den für Dauerbäder bestimmten Räumen sind Mischapparate angebracht, welche das Füllen der Wanne mit Wasser von der gewünschten Temperatur gewährleisten und die Verwendung zu heißen Wassers unmöglich machen sollen; sie funktionierten bisher gut. Mäßiger Wechsel unter dem Wärterpersonal bei reichlichem Angebot. Den verheirateten Pflegern wird von 1/28 Uhr abends Ausgang gewährt.

Leipzig-Thonberg (65 Betten) begann mit einem Anfangsbestand von 55 Kranken. Zugang 38, Abgang 42, davon 9 gestorben. 71 der Verpflegten

waren Geisteskranke, 5 Alkoholiker, 17 Nervenkranke. Heredität war bei 16 nachweisbar, 4 davon waren Alkoholiker.

Die Irrenstation (120 Betten) des städtischen Irren- und Siechenhauses zu Dresden hat bei einem mittleren Tagesbestande von 44 M. und 43 Fr. 1035 (628 M. 407 Fr.) verpflegt, und zwar 734 Geisteskranke, 186 Alkoholiker und 115 Nervenkranke. Von den 954 Aufnahmen waren 325 erblich belastet. bei 289 war Alkoholmißbrauch nachgewiesen. Abgang 951, davon 38 gestorben. In der Siechenabteilung (1200 Betten) wurden 1751 (814 M. 937 Fr.) verpflegt bei einem durchschnittlichen Tagesbestand von 432 M. 589 Fr., und zwar 1038 Geisteskranke, 60 Alkoholiker, 653 Nervenkranke. Zu dem gleichen Zweck wie diese Siechenabteilung ist in der Vorstadt Dresden-Löbtau das Krankenhaus „Luisenhaus“ (175 Betten) eingerichtet worden; hier waren 130 M. und 72 Fr. untergebracht, hiervon waren 9 Alkoholiker, 42 Nervenkranke, der Rest Geisteskranke. Zugang 80, davon 18 mit Heredität, 15 mit Alkoholismus. Abgang 33, davon gestorben 24. In den 5 Privat-Irren- und Nervenheilanstalten zu Neucoswig, Möckern, Prödel, Tharandt und Elsterberg (240 Betten) wurden 504 (278 M. 226 Fr.) verpflegt, und zwar 268 Geisteskranke, 45 Alkoholisten, 191 Nervenkranke. Zugang 348, davon 89 mit Heredität, 40 mit Alkoholismus. Gesamtabgang 342 einschließlich 18 Gestorbener.

(39) Die Zahl der in staatlicher Fürsorge stehenden Geisteskranken hat im Berichtsjahr um 172 zugenommen. Da die neue Anstalt Weinsberg noch nicht vollständig hat in Betrieb genommen werden können, so klagen alle Anstalten über Überfüllung, und zwar besonders auf den Überwachungs- und Unruhigenabteilungen. Zahlreiche Aufnahmeanträge mußten unberücksichtigt bleiben. Bei der jährlichen Zunahme der in Anstalten verpflegten Geisteskranken wird auch die neue Anstalt Weinsberg alsbald gefüllt sein. An eine weitere Vermehrung der Anstaltsplätze muß sofort herangetreten werden, wenn nicht die auf die Dauer unhaltbaren Zustände in betreff der allgemeinen Überfüllung aller Anstalten fortbestehen sollen. Die Mortalität an Tuberkulose hat in allen Staatsirrenanstalten wieder etwas abgenommen.

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres in den 5 Staatsirrenanstalten 2010 (1060 M. 950 Fr.), und zwar in Winnental 432 (215 M. 217 Fr.), Schussenried 471 (257 M. 214 Fr.), Zwiefalten 564 (321 M. 243 Fr.), Weißenau 515 (252 M. 263 Fr.), Weinsberg 28 (15 M. 13 Fr.). Zugang 728 (389 M. 339 Fr.), und zwar in Winnental 165 (91 M. 74 Fr.), Schussenried 123 (62 M. 61 Fr.), Zwiefalten 89 (54 M. 35 Fr.), Weißenau 110 (68 M. 42 Fr.), Weinsberg 241 (114 M. 127 Fr.). Von 350 erstmalig oder nach erfolgter Genesung rückfällig Aufgenommenen waren im 1. Monat ihrer Erkrankung 14,8%, im 2. und 3. Monat 16,6%, im 4.—6. Monat 14,6%, im 7.—12. Monat 11,7%. Bei den übrigen Kranken bestand die Erkrankung länger als ein Jahr. Vor dem 25. Lebensjahre erkrankten mehr Männer wie Frauen. Nach dem 50. Lebensjahr überwogen die Frauen in der Häufigkeit der Erkrankung, zwischen 30 und 50 Jahren trat ein Ausgleich ein. 52,9% der erstmaligen Aufnahmen

waren erblich belastet (M. = 44,7%, Fr. = 55,2%); bei 7,4% war Alkoholismus. bei 7,7% psychische Einflüsse, bei 0,6% Lues, bei 1,2% Trauma, bei 2,9% Apoplexie, senile Involution des Gehirns usw., bei 1,2% Puerperium Krankheitsursache. Rechnet man die Fälle zusammen, in denen der Kranke selbst oder eines der Eltern Trinker waren, so ist Alkoholismus in 14,9% Krankheitsursache. 4,5% der Aufnahmen litt an Paralyse (und zwar 79% M. und 21% Fr.). Ein ganz erhebliches Anwachsen gegenüber den Vorjahren zeigen die „primären Demenzformen". Eine Steigerung ist bei der chronischen Verrücktheit, den Geistesstörungen mit anatomischem Befund und bei den sekundären Verblödungsprozessen eingetreten. Die Zahl der kriminellen Kranken ist wieder gestiegen, 24% der Aufnahmen sind mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, 8,3% vor der Erkrankung, 15,7% nach der Erkrankung. Abgang 533 = 19,5% aller Verpflegten, und zwar geheilt 12%, gebessert 31,3%, ungeheilt 38,3%, gestorben 18,4%. Die Zahl der geheilt und gebessert Entlassenen ist erheblich zurückgegangen. Möglichst frühzeitige Aufnahmen boten wieder die besten Heilungsaussichten; 43,8% der im ersten Monat ihrer Erkrankung Aufgenommenen wurden genesen entlassen. Von den Geheilten waren 43,8% erblich belastet. Die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose betrug in Weißenau 13,3%, in Zwiefalten 8,3%, in Schussenried 25,8%, in Winnental 8,3% der Gesamtmortalität. Die Verpflegung auf den Kolonien und in Familien ist im wesentlichen auf demselben Stande geblieben wie im Vorjahr. Die überall durchgeführte Bettbehandlung mit Überwachung und Dauerbäder haben den Gebrauch von Hypnoticis eingeschränkt, „Isolierungen" fast völlig überflüssig, „Separierungen" nur in vereinzelten Fällen notwendig gemacht. In Schussenried arbeitet der „automatische Apparat" zur Verabreichung von Dauerbädern auch bei Nacht gut und kann nicht mehr entbehrt werden. In Zwiefalten wurde die Freiluftbehandlung bettlägeriger Kranken besonders auf der Frauenabteilung mit Erfolg weiter ausgedehnt. In Weißenau hat man die Blutserumbehandlung nach Ceni bei den Epileptikern wieder aufgegeben. In Weinsberg war die Behandlung der Kranken durch die unfertigen Verhältnisse sehr erschwert, wachabteilungsbedürftige Kranke mußten in offenen Landhäusern verpflegt werden. Ein Mann stürzte sich vom Bett aus plötzlich durch ein geschlossenes Fenster des Wachsaals und starb nach wenigen Tagen infolge der erlittenen Verletzungen. Die völlige Alkoholabstinenz wurde hier ohne Schwierigkeit durchgeführt. Zwiefalten führte zur Deckung des Milchbedarfs für die in der Lungenheilstätte auf „Loretto" verpflegten Kranken die Haltung von Ziegen ein. In Schussenried wurden durch Umbauten moderne Wachabteilungen eingerichtet. Winnental erhielt auf der Frauenseite ein Zentralbad und führte ebenso wie Zwiefalten auf den Männerabteilungen überall Ölpissoirs ein, die sich gut bewähren. In Weißenau wurde die neue Wasserleitung in Benutzung genommen.

In 6 Privatanstalten (wovon 4 unter direkter Leitung eines Arztes) betrug der Bestand am Anfang des Berichtsjahres 1159 (543 M. 616 Fr.), davon waren 707 (345 M. 362 Fr.) Staatspfleglinge. Zugang 305 (138 M.

167 Fr.). 55% der Aufgenommenen war erblich belastet (42% M. 58% Fr.), bei 10% war Alkoholismus Krankheitsursache, 4,7% litt an Paralyse. Abgang 319 (137 M. 182 Fr.), davon gestorben 71 = 22% der Entlassenen (gegen 18% in den Staatsanstalten). In 6% der Todesfälle war Tuberkulose Todesursache. In Göppingen 1 eingeschleppter Typhusfall. 1 Suicid durch Erhängen. Eine entwichene Kranke ging durch Erfrieren im Felde zugrunde. Eine blödsinnige Kranke steckte ihre Kleider in Brand und starb infolge der schweren Brandwunden. Ein mit Buchbinderarbeiten beschäftigter Kranker trank die Weingeistflasche aus, die er zum Kleisterkochen stets zur Verfügung hatte und starb an akuter Alkoholvergiftung. In Pfullingen 2 Typhusfälle. In Rottenmünster 1 Suicidium durch Erhängen.

Die Zahl der Heil- und Pflegeanstalten für Epileptische und Schwachsinnige hat um 4 zugenommen. In Stetten wurden 642 verpflegt, und zwar 275 Schwachsinnige (191 m. 84 w.) und 287 Epileptische (161 m. 126 w.) Von den Entlassenen waren 11% geheilt, 16% gebessert. Bei 203 Fällen war erbliche Belastung nachweisbar = 42%. 220 Fälle = 46% waren nicht belastet. In 92 Fällen war erbliche Belastung vom Vater (davon 48mal Potus), 42mal von der Mutter nachweisbar. Von 255 Aufnahmegesuchen konnte nur 64 = 25% entsprochen werden. „Auf der Pfingstweide bei Tettnang“ verpflegt 56, wovon 30 Staatspfleglinge. In „Liebenau bei Tettnang“ wurden 451 (204 m. 247 w.) verpflegt. Auffallend war hier das Auftreten von Kröpfen bei den einige Zeit in der Anstalt befindlichen Kranken, die bei der Aufnahme davon frei gewesen waren. Eine Ursache wurde hierfür nicht gefunden. Thyreoïdintabletten hatten guten Erfolg. „Marienberg“ verpflegte 164, „Heppbach“ 162, „Hall“ 114, „Beutelbach“ 15, „Markgröningen“ 114, „Rochusstift in Mergentheim“ 5 und „St. Josef in Gmünd“ 91.

(40) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1470 (764 M. 706 Fr.). Zugang 380 (226 M. 154 Fr.). Abgang 422 (251 M. 171 Fr.), davon 88 (44 M. 44 Fr.) gestorben, bleibt Bestand 1428 (739 M. 689 Fr.). Vom Krankenbestande litten 1440 an einfacher Seelenstörung, 11 an Paralyse, 150 an Imbezillität und Idiotie, 206 an Epilepsie mit Seelenstörung, 4 an Hysterie, 37 an Alkoholismus, 1 an Chorea, 1 an Neurasthenie. 181 M. u. 37 Fr. waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Geheilt 0. Gebessert 123. Gestorben 88; 28 an Tuberkulose, 2 an Typhus, 6 an Paralyse. 13 Typhusfälle, 18 Influenzafälle, 2 Fälle von Gesichtsrose und 48 Fälle von Tuberkulose von verschiedener Art. 4 Entmündigungen wegen Geistesschwäche, 34 wegen Geisteskrankheit. 2 Begutachtungen in Ehescheidungsfällen. Trotz Überführung von 159 Kr. nach Wiesloch dauernde Überfüllung, besonders auf den Aufnahmeabteilungen. Betten auf Korridoren und in einzelnen Tagesräumen. Beschäftigt waren 30,21% des Gesamtbestandes. In Familienpflege 11 (2 M. 9 Fr.). 12 Entweichungen. 2 Fälle von Selbstmord durch Erhängen. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 64,26 Pf.

(41) Bestand am 1. Januar 1905 166 (93 M. 73 Fr.). Zugang 448 (263 M. 185 Fr.), darunter 22 forensische Fälle. Abgang 454 (267 M. 187 Fr.), davon

gestorben 42 (25 M. 17 Fr.). Bleibt Bestand 160 (89 M. 71 Fr.), und zwar 118 (61 M. 57 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 20 (9 M. 11 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Epilepsie, 13 M. mit Alkoholismus. Zugang in der Abteilung für Nervenkranke (23 Betten) 151 (97 M. 54 Fr.), Abgang 136 (89 M. 47 Fr.), bleibt Bestand 15 (8 M. 7 Fr.). Zur Begutachtung kamen hier 38 Fälle von nervösen Unfallsfolgen (32 M. 6 Fr.). In der Poliklinik betrug der Zugang 178 neue Fälle, so daß insgesamt 800 Kr. die Klinik passierten. Die Angliederung einer Abteilung für nervös Kranke hat sich sehr bewährt. Die dadurch herbeigeführte andersartige Stellung der Klinik gegenüber der Öffentlichkeit hat es vielen Kranken subjektiv leichter gemacht, sich auf die Abteilungen für psychisch Kranke aufnehmen zu lassen. Das neue Dauerbad auf der Männerseite mit seiner zweckmäßig eingerichteten „Mischbatterie“ hat sich vorzüglich bewährt.

(42) Bestand am Beginn des Jahres 152 (82 M. 70 Fr.). Zugang 531 (325 M. 206 Fr.). Hiervon litten 65 M. (22 M. 43 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 43 (34 M. 9 Fr.) an Paralyse, 48 (46 M. 2 Fr.) an Intoxikationspsychosen vorwiegend alkoholischer Natur, 17 M. an Imbezillität, 14 (12 M. 2 Fr.) an Entartungsirresein, 1 Fr. an Paranoia. 224 (123 M. 101 Fr.) gehörten der Dementia-praecox-Gruppe an. 20 (19 M. 1 Fr.) wurden zur Beobachtung ihres Geisteszustandes aufenommen, davon wurden 11 als geisteskrank erachtet. Kurze Isolierung vorübergehend bei einer im Dauerbade nicht zu haltenden, Einpackungen sehr widerstrebenden Hysterika. Auf der unruhigen Frauenabteilung viele Fälle von Furunkulose; Ausschlag bei der Mehrzahl von mit Dauerbädern behandelten Kranken, der nach wenigen Tagen Bettbehandlung wieder abheilte. 2 Typhusfälle. Gestorben 27 (17 M. 10 Fr.). Öfters kamen Gewalttätigkeiten seitens der Kranken gegen das Pflegepersonal, ein Mal ein ernster Angriff auf den Abteilungsarzt vor. Häufiger Wechsel des Pflegepersonals; geeigneter Ersatz findet sich immer schwer. Die Männerabteilung war zeitweise so überfüllt, daß Aufnahmen nicht mehr stattfinden konnten. Gesamtausgabe 165975 M.

(43) Bestand am Anfang des Berichtsjahres 630 (292 M. 338 Fr.), davon 552 (237 M. 315 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 39 (26 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 30 (23 M. 7 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 508 (267 M. 241 Fr.), davon 407 (187 M. 220 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 15 11 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 36 (34 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Erblichkeit nachgewiesen bei 300 (133 M. 167 Fr.), Alkoholismus bei 91 (81 M. 10 Fr.). Abgang 488 (237 M. 251 Fr.), und zwar geheilt 98 (57 M. 41 Fr.), gebessert 256 (115 M. 141 Fr.). Gestorben 47 (23 M. 24 Fr.), davon 10 (4 M. 6 Fr.) an Tuberkulose, 1 Fr. infolge von Chok durch Trauma, 1 Fr. durch Strangulation. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 10 (9 M. 1 Fr.). Im Entmündigungsverfahren wurden 30 (17 M. 13 Fr.) begutachtet. Wegen dauernder Überfüllung und nicht ausreichender Badeeinrichtungen, besonders auf den unruhigen Abteilungen, waren Isolierungen nicht zu umgehen. Das Kohlensäurebad bewährte sich weiter besonders bei Herzleidenden und Arteriosklerotikern. Beschäftigt waren

durchschnittlich 27,95 % M. und 30,48 % Fr. Die regelmäßigen Arbeiter erhalten außer Kostzulagen monatliche Belohnungen von 1—5 M. (im Berichtsjahre insgesamt 2310 M.). 15 gelungene Entweichungsversuche. Auf der Frauenseite Umbau der die Heil- und Pflegeabteilung verbindenden Mitteltrakte zu Beobachtungsstationen für ruhige und halbruhige Frauen (58 Betten) mit einem Kostenaufwande von 150000 M. Die neuerbaute Kochküche wurde in Benutzung genommen. Der Transport der Speisen nach den einzelnen Abteilungen erfolgt in einem großen Speisetransportwagen mit Pferdebespannung (von der Firma Maquet-Heidelberg) und in kleineren Handwagen.

(44) Bestand am Anfang des Berichtsjahres 636 (314 M. 322 Fr.) Zugang 105 (65 M. 40 Fr.). Abgang 96 (52 M. 44 Fr.); davon gebessert 24, gestorben 66 (33 M. 33 Fr.), und zwar 15 an Paralyse, 17 an Tuberkulose. Von den Verpflegten litten 581 (275 M. 306 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 64 (43 M. 21 Fr.) an Paralyse, 4 M. an Alkoholismus, 76 (47 M. 29 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 15 (9 M. 6 Fr.) an Epilepsie, 1 M. an Hysterie. Überfüllung mit unruhigen Kranken führte namentlich auf der Frauenseite zu häufiger Benutzung der Isolierzimmer. Verlängerte Bäder können bei den bescheidenen Badeeinrichtungen nicht im wünschenswerten Umfange angewandt werden. Nur eine kleine wechselnde Zahl von männlichen Kranken wurde mit Gartenarbeit beschäftigt. Entmündigungsgutachten wurden in 18 Fällen abgegeben. Das Gelände der Hauptanstalt wurde neu kanalisiert und an das Kanalisationsnetz der Stadt angeschlossen. Gesamtausgabe 354920 M.

(45) Eröffnet am 20. Oktober 1905 durch Krankenüberführungen aus anderen Anstalten, besonders aus Emmendingen. Von den geplanten 26 Krankenhäusern sind zunächst vier in Betrieb genommen. Bestand am Ende des Berichtsjahres 160 (91 M. 69 Fr.). Direkte Aufnahmen mußten vorläufig noch abgelehnt werden. Nach ihrem Ausbau soll die Anstalt hauptsächlich eine Abnahmeanstalt für Illenau und Heidelberg werden.

Nachdem die Badischen Stände im Juni 1902 die Regierungsvorlage auf Errichtung zweier neuer Landes-, Heil- und Pflegeanstalten einmütig angenommen, wurden zunächst die Vorbereitungen für die auf etwa 1000 Plätze auszubauende Anstalt bei Wiesloch (an der Bahnstrecke Heidelberg-Karlsruhe) getroffen. Die gesamten Baukosten einschließlich der für den Landankauf erforderlichen Ausgaben sind auf 5749290 M., pro Bett auf rund 6000 M. veranschlagt. Das beigefügte allgemeine und spezielle Bauprogramm mit seinen spezifizierten Kostenanschlägen geben zusammen mit einem Lageplan einen klaren Überblick über die im Bau begriffene 6. Badische Heil- und Pflegeanstalt.

(46) Bestand am 1. Januar 1905 282 (157 M. 125 Fr.), davon 217 (115 M. 102 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 11 (10 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 17 (13 M. 4 Fr.) mit Epilepsie, 27 (15 M. 12 Fr.) mit Idiotie, 10 (4 M. 6 Fr.) nicht geisteskrank. Zugang 279 (133 M. 146 Fr.), und zwar 185 (74 M. 111 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 19 (17 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 17 (8 M. 9 Fr.) mit Epilepsie, 18 (12 M. 6 Fr.) mit Idiotie; 37 (19 M. 18 Fr.) nicht geistes-

krank, 3 M. mit Delirium potatorum. Heredität bei 93 (40 M. 53 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 49 (19 M. 30 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 18 (8 M. 10 Fr.) 2 bis 3 Monate, bei 25 (11 M. 14 Fr.) 4 bis 6 Monate, bei 15 (7 M. 8 Fr.) 7 bis 12 Monate, bei 20 (9 M. 11 Fr.) über 1 Jahr, bei 89 (46 M. 43 Fr.) über 2 Jahre. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 12 (10 M. 2 Fr.), davon waren 2 M. nicht geisteskrank. Abgang 259 (131 M. 128 Fr.); genesen 32 (19 M. 13 Fr.), gebessert 51 (21 M. 30 Fr.), ungeheilt 82 (45 M. 37 Fr.), gestorben 54 = 18 % des durchschnittlichen Bestandes. Die Sterbefälle an Tuberkulose betrugen 3,7 % aller Todesfälle. Gesamtausgabe 236138 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 79,4 Pf.

(47) Bestand am 1. Januar 1905 549 (281 M. 268 Fr.), davon 460 (227 M. 233 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 11 (8 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 40 (23 M. 7 Fr.) mit Epilepsie, 38 (23 M. 15 Fr.) mit Idiotie. Zugang 153 (87 M. 66 Fr.), und zwar 122 (68 M. 54 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 15 (10 M. 5 Fr.) mit Epilepsie, 1 M. mit Delirium potatorum, 4 (2 M. 2 Fr.) mit Idiotie, 4 (1 M. 3 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 55 (28 M. 27 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 35 (20 M. 15 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 8 (4 M. 4 Fr.) 2 bis 3 Monate, bei 5 (1 M. 4 Fr.) 4 bis 6 Monate, bei 7 (4 M. 3 Fr.) 7 bis 12 Monate, bei 10 (6 M. 4 Fr.) über 1 Jahr, bei 72 (43 M. 29 Fr.) über 2 Jahre. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 12 (8 M. 4 Fr.), davon waren 4 (1 M. 3 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 134 (73 M. 61 Fr.), genesen 24 (17 M. 7 Fr.), gebessert 27 (16 M. 11 Fr.), ungeheilt 42 M. (21 M. 21 Fr.), nicht geisteskrank 4 (1 M. 3 Fr.), gestorben 37 (18 M. 19 Fr.). Die Zahl der Todesfälle beträgt 6,7 % des Durchschnittsbestandes. An Tuberkulose verstarben 3 (1 M. 2 Fr) = 8,1 % aller Todesfälle. Gesamtausgabe 383393 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 86 Pf., für einen Kr. III. Kl. = 59 Pf.

(48) Bestand am 1. Januar 1904 161 (73 M. 88 Fr.), davon 123 (53 M. 70 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 7 M. mit Paralyse, 10 (3 M. 7 Fr.) mit Epilepsie, 20 (9 M. 11 Fr.) mit Idiotie, 1 M. mit Alkoholismus. Zugang 1904 und 1905 117 (58 M. 59 Fr.), und zwar 81 (31 M. 50 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 13 (11 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 8 (6 M. 2 Fr.) mit Epilepsie, 10 (7 M. 3 Fr.) mit Idiotie, 4 (3 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus, 1 Fr. nicht geisteskrank. Heredität bei 66 (31 M. 35 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 18 (8 M. 10 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 13 (6 M. 7 Fr.) 2 bis 3 Monate, bei 10 (5 M. 5 Fr.) 4 bis 6 Monate, bei 5 (4 M. 1 Fr.) 7 bis 12 Monate, bei 15 (6 M. 9 Fr.) über 1 Jahr, bei 48 (24 M. 24 Fr.) über 2 Jahre. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 12 (11 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 7 (6 M. 1 Fr.), sie waren sämtlich krank. Abgang 105 (47 M. 58 Fr.), geheilt 11 (4 M. 7 Fr.), gebessert 29 (10 M. 19 Fr.), ungeheilt 24 (16 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 1 Fr., gestorben 40 (17 M. 23 Fr.). Die Todesfälle an Tuberkulose betragen 15 % aller Sterbefälle. 1 Suicidium. Von den Männern wurden im letzten Jahre 25,5 %, von den Frauen 27,7 % in der allgemein üblichen Weise beschäftigt. Gesamtausgabe 1904 117564 M., 1905 115678 M.

Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 70,6 Pf. und 66 Pf.

(49) Bestand am 1. Januar 1905 131 (64 M. 67 Fr.). Zugang 36 (14 M. 22 Fr.). Summe der Verpflegten 167 (78 M. 89 Fr.), davon 115 (48 M. 67 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Paralyse, 13 (5 M. 8 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 5 Fr. mit Hysterie, 17 (8 M. 9 Fr.) mit Epilepsie, 6 M. mit Alkoholismus. Abgang 37 (18 M. 19 Fr.), und zwar geheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gebessert 6 (3 M. 3 Fr.), ungeheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 21 (9 M. 12 Fr.). Über interessante Sektionsbefunde berichtet die Kasuistik. In der Abteilung für körperlich Kranke wurden 246 (159 M. 87 Fr.) behandelt und verpflegt.

(50) Bestand am 1. Januar 1905 370 (192 M. 178 Fr.), davon 263 (126 M. 137 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 12 (7 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 50 (34 M. 16 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 34 (18 M. 16 Fr.) mit Epilepsie, 4 mit Alkoholismus. Zugang 140 (68 M. 72 Fr.), und zwar 95 (36 M. 59 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 17 (13 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 11 (7 M. 4 Fr.) mit Imbezillität, 6 M. mit Alkoholismus, 5 (4 M. 1 Fr.) mit Epilepsie. Heredität bei 57 (25 M. 32 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 22 (18 M. 4 Fr.) nachgewiesen. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 2 M. Abgang 131 (69 M. 62 Fr.), davon gestorben 37 (20 M. 17 Fr.), und zwar 5 (3 M. 2 Fr.) an Tuberkulose, 6 (2 M. 4 Fr.) an Paralyse. In der Heilanstalt für körperlich Kranke (68 Betten) wurden 324 (253 M. 71 Fr.) behandelt und verpflegt.

(51) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1495 (720 M. 775 Fr.). Zugang 856 (460 M. 396 Fr.), davon 672 (320 M. 352 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 116 (90 M. 26 Fr.) mit Paralyse, 36 (24 M. 12 Fr.) mit Epilepsie, 18 (14 M. 4 Fr.) mit Imbezillität, 2 mit Delirium tremens. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 12 (10 M. 2 Fr.). Heredität nachweisbar bei 154 (67 M. 87 Fr.); von den 116 Paralysen waren 6 (4 M. 2 Fr.) erblich belastet. Bei 102 (89 M. 13 Fr.) war Potus Krankheitsursache. Abgang 868 (473 M. 395 Fr.); geheilt 123 (52 M. 71 Fr.), gebessert 273 (171 M. 102 Fr.), ungeheilt 263 (132 M. 131 Fr.), davon 66 (30 M. 36 Fr.) nach Langenhorn, gestorben 209 (118 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 1469 (695 M. 774 Fr.), davon beurlaubt 40 (23 M. 17 Fr.). Die Überfüllung der Anstalt besteht nach wie vor fort. Gesamtkosten 1281497 M. Totalausgabe pro Tag und Kopf des Kranken 2,32 M.

(52) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 584 (335 M. 249 Fr.). Zugang 72 (36 M. 36 Fr.), darunter 6 M. aus dem Zentralgefängnis Fuhlsbüttel. Abgang 47 (19 M. 28 Fr.). Bleibt Bestand 609 (352 M. 257 Fr.). Das zur Behandlung und Bewachung der gemeingefährlichen Geisteskranken bestimmte gesicherte Haus wurde im November mit 26 Kr. belegt. 4 neue Krankenhäuser sind im Bau begriffen, ebenso 2 Doppelwohnhäuser für verheiratete Abteilungswärter. Gesamtkosten = 584851 M. Totalausgabe pro Tag und Kopf des Kranken 2,15 M.

(53) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 446 (229 M. 217 Fr.). Zugang 288 (181 M. 107 Fr.), davon litten an Dementia praecox 91 (46 M. 45 Fr.),

an manisch-depressivem Irresein 20 (8 M. 12 Fr.), an Paranoia 10 (5 M. 5 Fr.), an Paralyse 43 (39 M. 4 Fr.), an Alkoholismus 24 (20 M. 4 Fr.), an Epilepsie 27 (19 M. 8 Fr.), an Hysterie 9 (4 M. 5 Fr.), an Neurasthenie 16 (14 M. 2 Fr.). Abgang 288 (176 M. 112 Fr.); geheilt 53 = 18,4 % aller Verpflegten, gebessert 96 = 33,3 %, ungeheilt 84 = 29,2 %, gestorben 55 = 19,1 %. Tuberkulose war 13 mal Todesursache, 10 mal bei an Dementia praecox leidenden Kranken. Beschäftigt wurden durchschnittlich 50 %, 41 % M. und 47,08 % Fr. des Bestandes. Die seit langem in der Umgebung des Anstaltsgebietes bestehende Familienpflege ist erweitert worden und untersteht jetzt der ärztlichen Aufsicht der Anstalt. Die Überfüllung der Anstalt besteht fort, die Fortsetzung des Baues ist ein dringendes Bedürfnis. Der spät begonnene Umbau der Zentralheizungsanlage führte ebenso wie die Erweiterung der unzulänglichen Enteisenungsanlage beim Wasserwerk zu mancherlei Unzuträglichkeiten. Mit dem Wasser mußte sehr gespart werden, darunter litt die hydrotherapeutische Behandlung der Kranken.

(54) Bestand am 1. Januar 1905 14 (8 M. 6 Fr.) mit einfacher Seelenstörung. Zugang 13 (6 M. 7 Fr.), davon 12 (5 M. 7 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Paralyse. Abgang 11 (6 M. 5 Fr.), davon geheilt 2 Fr., gebessert 5 (4 M. 1 Fr.), gestorben 3 (1 M. 2 Fr.). 1 Suicidium. 18 (8 M. 10 Fr.) der Verpflegten waren erblich belastet.

(55) Bestand am 1. April 1905 199 (108 M. 91 Fr.), davon 153 (81 M. 72 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 12 (9 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 10 (6 M. 4 Fr.) mit Epilepsie, 23 (11 M. 12 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 1 M. mit Delirium potatorum. Zugang 65 (30 M. 35 Fr.), 50 (22 M. 28 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8 (6 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 5 (1 M. 4 Fr.) mit Imbezillität, 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Erblichkeit war nachgewiesen bei 60,8 % des Bestandes, bei 49,23 % des Zuganges. Abgang 42 (21 M. 21 Fr.); geheilt 16 (7 M. 9 Fr.), gebessert 15, (11 M. 4 Fr.), ungeheilt 10 (3 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 10 (8 M. 2 Fr.). Die Stelle des leitenden Arztes wurde in ein festes Amt mit Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung umgewandelt. Der Bau einer neuen staatlichen Irrenanstalt auf der Gemarkung Strecknitz ist beschlossen. Eine Kommission zur Ausarbeitung der Einzelpläne usw. ist zusammengetreten, hat ihre Arbeiten aber noch nicht vollendet. Gesamtausgabe 180486 M. Die Verpflegungskosten betragen pro Kopf und Tag 0,761 M.

(56) Bestand am Beginn des Verwaltungsjahres 1471 (703 M. 768 Fr.), davon litten 1132 (475 M. 657 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 68 (35 M. 33 Fr.) an Paralyse, 76 (55 M. 21 Fr.) an Seelenstörung bei Epilepsie und Hysterie, 144 (89 M. 55 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 50 (48 M. 2 Fr.) an Alkoholismus, nicht geisteskrank war 1 M. Zugang 412 (198 M. 214 Fr.), und zwar 296 (115 M. 181 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 36 (26 M. 10 Fr.) mit Paralyse, 33 (24 M. 9 Fr.) mit Seelenstörung bei Epilepsie und Hysterie, 27 (17 M. 10 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 18 (14 M. 4 Fr.) mit Alkoholismus, nicht geisteskrank 2 M. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme

betrug bei 54 (29 M. 25 Fr.) bis 1 Monat, bei 36 (15 M. 21 Fr.) 1 bis 3 Monate, bei 46 (17 M. 29 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 51 (23 M. 28 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 43 (20 M. 23 Fr.) 1 bis 2 Jahre, bei 139 (73 M. 66 Fr.) über 2 Jahre. Von den Erkrankungen an Paralyse entfallen 78 % auf das 4. und 5. Jahrzehnt. Unter den paralytischen Frauen befanden sich 2, deren Ehemänner an Paralyse bzw. Tabes litten. Von 217 erstmalig aufgenommenen Katholiken waren 37,1 %, von 103 Protestanten 36,9 %, von 12 Juden 66,6 % erblich belastet. Heredität fand sich überhaupt bei 43,9 % M. und 35,5 % Fr. Alkoholismus war Krankheitsursache bei 23,1 % M. und 9,5 % Fr. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 5 Kranke. Abgang 363 (194 M. 169 Fr.). Genesen 87 (56 M. 31 Fr.), gebessert 109 (58 M. 51 Fr.), ungeheilt 33 (19 M. 14 Fr.), gestorben 129 (57 M. 72 Fr.). 50 % kehrten in die Familie zurück, 21,1 % genesen, 47,5 % gebessert, 3 % ungeheilt. 6,8 % aller Verpflegten sind gestorben. Tuberkulose war in 31,8 % aller Todesfälle Todesursache. In Hördt kamen wieder mehrere Typhusfälle vor. Durch Untersuchung des bakteriologischen Instituts ermittelte „Bazillenträger" bleiben isoliert, bis keine Bazillen mehr ausgeschieden werden. Gesamtausgabe 726 570 M.

(57) Bestand am 1. Januar 1905 599 (298 M. 301 Fr.), hiervon litten 458 (215 M. 243 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 31 (15 M. 16 Fr.) an Paralyse, 44 (28 M. 16 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 60 (36 M. 24 Fr.) an diotie und Imbezillität, 6 (4 M. 2 Fr.) an alkoholischer Seelenstörung. Zugang 265 (147 M. 118 Fr.), davon 180 (82 M. 98 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 41 (30 M. 11 Fr.) mit Paralyse, 14 (11 M. 3 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 17 (13 M. 4 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität, 6 (5 M. 1 Fr.) mit alkoholischer Seelenstörung, nicht geisteskrank waren 7 (6 M. 1 Fr.). Von den Aufgenommenen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen 42 (37 M. 5 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 38 (33 M. 5 Fr.) nachweisbar, bei 27 (16 M. 11 Fr.) konnte Alkoholmißbrauch bei der Aszendenz festgestellt werden, so daß Alkoholismus bei 65 direkte bzw. indirekte Krankheitsursache war. Abgang 252. Geheilt 55, gebessert 86, ungeheilt 50; gestorben 61, darunter 18 (11 M. 7 Fr.) mit Paralyse. Mortalität = 10,1 %. Bei 22,9 % der Gestorbenen war Tuberkulose Todesursache. Typhusepidemie mit 4 Todesfällen durch Einschleppung. Bettbehandelt wurden durchschnittlich 12,5 % der Kranken, beschäftigt 48,83 %. Die Überfüllung der Anstalt hat weiter zugenommen. Wassermangel machte im Sommer zeitweise die Behandlung mit länger dauernden Bädern unmöglich. Gesamtausgabe 348 676 M.

(58) Bestand am 1. Januar 1900 344 (200 M. 144 Fr.), davon 24 (22 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 9 (6 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus. Gesamtzugang in den fünf Berichtsjahren 1103 (587 M. 516 Fr.), darunter 70 (61 M. 9 Fr.) mit Paralyse, 85 (64 M. 21 Fr.) mit Alkoholismus. In jedem Jahr wurden durchschnittlich 220 (117 M. 103 Fr.) aufgenommen. Erblich belastende Momente waren bei den Neuaufgenommenen nachweisbar in 40 % — 60 % — 62 % — 78 % — 50 %. Gesamtabgang 1028 (541 M. 487 Fr.); genesen 120 (48 M.

72 Fr.), in andere Anstalten 86 (52 M. 34 Fr.), sonstiger Abgang 660 (332 M. 328 Fr.), gestorben 162 (109 M. 53 Fr.). Bleibt Bestand 419 (246 M. 173 Fr.). Über die Irrenfürsorge in Tirol, besonders Deutschtirols, wird unter besonderer Berücksichtigung der wegen Überfüllung notwendigen Neubauten in Hall und Pergine ausführlich berichtet.

(59) Bestand am 1. Januar 1905 661 (317 M. 344 Fr.), davon 55 (34 M. 21 Fr.) mit Paralyse, 21 (18 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 355 (175 M. 180 Fr.), darunter 53 (38 M. 15 Fr.) mit Paralyse, 20 (17 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus. Heredität bei 146 (62 M. 84 Fr.). Abgang 307 (146 M. 161 Fr.), geheilt 39 (16 M. 23 Fr.), in andere Anstalten 19 (11 M. 8 Fr.), sonstiger Abgang 160 (76 M. 84 Fr.), gestorben 89 (43 M. 46 Fr.). Paralyse war 30 mal, Tuberkulose 12 mal Todesursache.

(60) Bestand am 1. Januar 1905 705 (369 M. 336 Fr.), davon 52 (46 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 55 (44 M. 11 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 512 (271 M. 241 Fr.), darunter 62 (53 M. 9 Fr.) mit Paralyse, 60 (54 M. 6 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 506 (268 M. 238 Fr.), geheilt 96 (48 M. 48 Fr), gebessert 91 (46 M. 45 Fr.), gegen Revers entnommen 40 (19 M. 21 Fr.), ungeheilt 102 (50 M. 52 Fr.), in andere Anstalten 51 (34 M. 17 Fr.), entwichen 7 (5 M. 2 Fr.), gestorben 119 (66 M. 53 Fr.) = 9,77 % des Gesamtbestandes. Paralyse wurde in 22,68 %, Paralyse und Tuberkulose in 5,88 %, Tuberkulose in 21 % der vorgenommenen Obduktionen konstatiert.

(61) Bestand am 1. Januar 1905 1426 (722 M. 704 Fr.), und zwar in Feldhof 1157 (573 M. 584 Fr.), in Lankowitz 113 Fr., in Kainbach 140 M., in Hartberg 16 (9 M. 7 Fr.). Mit Paralyse 95 (71 M. 24 Fr.). mit Alkoholismus 47 (40 M. 7 Fr.). Zugang 676 (377 M. 299 Fr.), darunter 97 (75 M. 22 Fr.) mit Paralyse, 54 (47 M. 7 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 655 (362 M. 293 Fr.), genesen 111 (57 M. 54 Fr.) = 5,19 % der Gesamtverpflegten und 15,63 % der Aufnahmen, in andere Anstalten 65 (42 M. 23 Fr.), gebessert und ungeheilt 222 (119 M. 103 Fr.), gestorben 257 (144 M. 113 Fr.) = 12,03 %. Tuberkulose war bei 74 (33 M. 41 Fr.) Todesursache. 36 Trachomkranke. 18 Erysipelfälle.

(62) Bestand am 1. Januar 1905 202 (100 M. 102 Fr.). Zugang 31 (22 M. 9 Fr.). Abgang 29 (21 M. 8 Fr.); ungeheilt 14 (12 M. 2 Fr.), gestorben 15 (9 M. 6 Fr.), davon 5 an Tuberkulose.

(63) Mit der Einführung der Familienpflege ist im Kisküküllöer Komitate begonnen. Zunächst wurden 30 Kr. aus den Budapester und Nagyszebener Irrenanstalten für die Familienpflege ausgewählt. Die Bevölkerung gewöhnte sich rasch. Die Zahl derjenigen Einwohner, die sich zur Pflege der Irren in ihren Familien bereit erklärten, wuchs beständig. In Verbindung mit dem Dicsöszentmártoner Krankenhause soll eine für 60 Kr. bestimmte geschlossene Zentralanstalt errichtet werden; die für die Familienpflege bestimmten Kranken sollen hier beobachtet, und für die Familienpflege vorübergehend nicht geeignete Patienten hierher zurückgenommen und behandelt werden. Die mit den Krankenhäusern zu Sátoraljanjheli und Pecs verbundenen neuen Irren-

abteilungen sind mit 120 resp. 300 Kr. belegt. Bestand in 4 Staatsanstalten am 1. Januar 1905 2361 (1354 M. 1007 Fr.), davon 313 (238 M. 75 Fr.) mit Paralyse, 81 (76 M. 5 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 1286 (798 M. 488 Fr.), darunter 335 (265 M. 70 Fr.) mit Paralyse, 97 (95 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Krankheitsursachen: Heredität bei 372 (172 M. 200 Fr.), Entwicklungsfehler und angeborene Anlagen bei 189 (75 M. 114 Fr.), Puerperium bei 45 Fr., Lues bei 122 (116 M. 6 Fr.), Alkoholismus bei 310 (291 M. 19 Fr.), Typhus bei 24 (19 M. 5 Fr.), Schädelverletzungen bei 46 (44 M. 2 Fr.), Gemütseinwirkungen bei 105 (29 M. 76 Fr.). Pellagra bei 4 (1 M. 3 Fr.). Forensische Fälle 114 (76 M. 38 Fr.). Abgang 1382 (828 M. 554 Fr.), geheilt 5,01 %, gebessert 7,01 %, ungeheilt 14,72 %, nicht geisteskrank 0,4 %, gestorben 10,81 %. Außer in den 4 Staatsanstalten wurden in Spitälern mit größeren Irrenabteilungen 4253 Kr. verpflegt. In familialer Pflege waren 39: in kleineren Irrenabteilungen der allgemeinnn Krankenhäuser 317, in Krankenhäusern mit öffentlichem Charakter 68, in kleineren Privatheilanstalten 119. Gesamtbestand am Schluß des Berichtsjahres 7022 (3977 M. 3045 Fr.).

(64) Bestand am 1. Januar 1905 388 (177 M. 211 Fr.). Zugang 340 (200 M. 140 Fr.), davon waren frische Aufnahmen 275 (160 M. 115 Fr.), hiervon litten 101 (46 M. 55 Fr.) an Katatonie und Dementia präcox, 29 (23 M.6 Fr.) an Paralyse, 49 (43 M. 6 Fr.) an Intoxikationspsychosen vorwiegend alkoholischer Natur. Zur Beobachtung des Geisteszustandes kamen 3 M., sie waren nicht geisteskrank. Abgang 349 (200 M. 149 Fr.); geheilt 26 (21 M. 5 Fr.). gebessert 142 (73 M. 69 Fr.), ungebessert 112 (63 M. 49 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 65 (40 M. 25 Fr.), und zwar 6 M. an Paralyse, 6 (3 M. 3 Fr.) an Tuberkulose, 20 (16 M. 4 Fr.) an Pneumonie, 3 (1 M. 2 Fr.) an Karzinom, 2 (1 M. 1 Fr.) durch Suicid. 39 (26 M. 13 Fr.) starben nach einem Anstaltsaufenthalt von weniger als 1 Jahr. „Bettgurt“ wurde in 5 Fällen von Selbstgefährlichkeit gebraucht. Vom durchschnittlichen Bestande waren 78,36 % beschäftigt, 77,4 % M. und 79,2 % Fr. 117 Aufnahmeanträge wurden abgewiesen. Der Kanton verfügt über zu wenig Plätze. Die Beschaffung geeigneten Wartepersonals macht dauernd größte Schwierigkeiten. Gesamtausgabe 443 240 Fr.

(65) Bestand am 1. Januar 1905 269 (124 M. 145 Fr.), darunter 19 (15 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 20 (8 M. 12 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 266 (143 M. 123 Fr.), davon 17 (11 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 42 (37 M. 5 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 260 (129 M. 131 Fr.), geheilt 40 (18 M. 22 Fr.), gebessert 121 (73 M. 48 Fr.), ungebessert 58 (22 M. 36 Fr.), gestorben 41 (16 M. 25 Fr.), davon an Tuberkulose 3 (1 M. 2 Fr.). Die Durchführung der modernen hydrotherapeutischen Behandlung wird angestrebt, es fehlen aber vorläufig noch genügende Einrichtungen. Die eingerichteten Wachabteilungen wurden weiter ausgestaltet. Ein ursprünglich zu Wärterwohnungen bestimmtes Haus wurde vorläufig als „offenes Haus“ für Männer eingerichtet und bezogen. Eine Korbflechterei wurde in Betrieb gesetzt. Die Einführung völliger Alkoholabstinenz gelang ohne Schwierigkeiten. Gesamtausgabe 291 395 Fr.

(66) Die Überfüllnng hat in den drei Anstalten noch zugenommen; in Waldau und Münsingen wurden Betten in Tagesräumen aufgestellt, um Platz für Kranke zu schaffen.

Waldau: Bestand am 1. Januar 1905 579 (282 M. 297 Fr.), darunter 42 (17 M. 25 Fr.) mit organischen Störungen, 24 (21 M. 3 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 178 (81 M. 97 Fr.), davon 25 (14 M. 11 Fr.) mit organischen Störungen, 16 (15 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 10 (8 M. 2 Fr.). Abgang 161 (72 M. 89 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), genesen 30 (15 M. 15 Fr.), gebessert 60 (28 M. 32 Fr.), ungebessert 31 (9 M. 22 Fr.), gestorben 37 (18 M. 19 Fr.) = 4,89 % des Gesamtbestandes. Von den Genesenen waren erblich belastet 73,33 % (66,66 % M. 80 % Fr.). An Tuberkulose starben 4, an Typhus 2, durch Suicidium 2. 35 Entweichungen. Gesamtkosten 481 551 Fr.

Münsingen: Bestand am 1. Januar 1905 695 (328 M. 367 Fr.), darunter 49 (20 M. 29 Fr.) mit organischen Störungen, 27 (21 M. 6 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 202 (92 M. 110 Fr.), davon 19 (7 M. 12 Fr.) mit organischen Störungen, 16 (11 M. 5 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Von den Aufgenommenen waren erblich belastet 35,6 % (25 % M. 44,5 % Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 18 (13 M. 5 Fr.). Abgang 176 (82 M. 94 Fr.), nicht geisteskrank 12 (9 M. 3 Fr.), genesen 22 (13 M. 9 Fr.), gebessert 77 (26 M. 51 Fr.), ungebessert 30 (17 M. 13 Fr.), gestorben 35 (17 M. 18 Fr.) = 4 % der Verpflegten. Von den Genesenen waren 40,9 % (38,5 % M, 44,4 % Fr.) erblich belastet. An Tuberkulose starben 5 (2 M. 3 Fr.). In Familienpflege 34 (10 M. 24 Fr.). 2 Wachabteilungen für Unruhige im Bau. Gesamtkosten 507 444 Fr.

Bellelay: Bestand am 1. Januar 1905 302 (130 M. 172 Fr.), darunter 11 (7 M. 4 Fr.) mit organischen Störungen, 5 (4 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 29 (12 M. 17 Fr.), davon 2 Fr. mit organischen Störungen, 2 (1 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beurteilung ihres Geisteszustandes waren 4 (3 M. 1 Fr.) überwiesen. Abgang 22 (9 M. 13 Fr.), geheilt und gebessert 1 M., ungebessert 5 (4 M. 1 Fr.), gestorben 15 (3 M. 12 Fr. = 4,53 % aller Verpflegten. An Tuberkulose starben 2 Fr., an Typhus 1 Fr. Gesamtkosten 208 026 Fr.

(67) Bestand am 1. Januar 1905 237 (121 M. 116 Fr.), darunter 16 (9 M. 7 Fr.) mit organischen Psychosen, 8 M. mit Intoxikationspsychosen. Zugang 99 (51 M. 48 Fr.), davon 16 (6 M. 10 Fr.) mit organischen, 5 M. mit Intoxikationspsychosen. 65 % der erstmals Aufgenommenen war erblich belastet. Abgang 99 (47 M. 52 Fr.), genesen 37 (16 M. 21 Fr.), gebessert 32 (19 M. 13 Fr.), ungebessert 10 (3 M. 7 Fr.), gestorben 20 (9 M. 11 Fr.). Bei chronisch Erregten mußte noch vom Deckelbad und Isolierung Gebrauch gemacht werden, bei den akut Aufgeregten wurde Bettbehandlung mit offenem Dauerbad möglichst allgemein durchgeführt. Während der Wintermonate wurde die Bettbehandlung in größerem Umfange angewandt als im Sommer;

für eine Kombination von Bett- und Freiluftbehandlung fehlen einstweilen noch die Einrichtungen. Künstliche Ernährung mit der Sonde bei 10 Kranken bis zu 8 Wochen. Die Kolonie auf St. Margarethenberg war vom 15. Mai bis 15. Oktober mit durchschnittlich 8 Kr. belegt. Gesamtausgabe 217 646 Fr.

(68) Bestand am 1. Januar 1905 678 (297 M. 381 Fr.). darunter mit organischen Störungen 25 (16 M. 9 Fr.), mit Intoxikationspsychosen 42 (36 M. 6 Fr.). Zugang 152 (80 M. 72 Fr.), davon 20 (12 M. 8 Fr.) mit organischen Störungen, 18 (15 M. 3 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Begutachtung ihres Geisteszustandes kamen 3 M. Von den Aufgenommenen waren 115 erblich belastet, 98 direkt durch die Eltern. Alkoholismus war bei den M. in 21 %, bei den Fr. in 5 % der Aufnahmen Krankheitsursache, der Kampf ums Dasein bei den M. in 10 %, bei den Fr. in 19 %. Gravidität, Geburt und Wochenbett war in 8 % der Aufnahmen Krankheitsursache. Die zur Gruppe der organischen Psychosen gehörenden Fälle waren bei den Fr. ausschließlich, bei den M. größtenteils senile Störungen. 50 % der Aufgenommenen kam innerhalb des ersten Krankheitsjahres in die Anstalt, und hiervon 21 % in den ersten Tagen oder Wochen nach dem Krankheitsausbruch. Abgang 159 (77 M. 82 Fr.); geheilt 23, gebessert 77, ungebessert 7, gestorben 55. Typhus war 1 mal, Erysipel 2 mal, Tuberkulose 10 mal Todesursache. Künstliche Ernährung auf der Männerabteilung 58 mal, auf der Frauenabteilung 518 mal. Die Anstalt war das ganze Jahr bis auf den letzten Platz besetzt, zeitweise mußten in schon überfüllten Räumen noch Betten aufgestellt werden. Nach Fertigstellung der neuen Trinkwasserleitung kam keine einzige Typhuserkrankung mehr zur Beobachtung. Die alte noch aus der Römerzeit stammende Wasserleitung speist jetzt nur noch die Fontäne. Die Einführung der elektrischen Beleuchtung wird gleichfalls als große Wohltat empfunden. Gesamtausgabe 400 881 Fr.

(69) Bestand am 1. Januar 1905 484 (227 M. 257 Fr.), darunter 20 (6 M. 14 Fr.) mit organischen Formen, 31 (20 M 11 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang in beiden Berichtsjahren 294 (149 M. 145 Fr.); davon 31 (15 M. 16 Fr.) mit organischen Formen, 24 (19 M. 5 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Von den Aufgenommenen waren 216 (104 M. 112 Fr.) erblich belastet. Abgang 296 (160 M. 136 Fr.): geheilt 55 (31 M. 24 Fr.), gebessert 114 (63 M. 51 Fr.), ungebessert 37 (20 M. 17 Fr.), gestorben 90 (46 M. 44 Fr.) = 7 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 23 mal Todesursache. 4 Typhusfälle. Platzmangels wegen mußten viele Aufnahmegesuche abgelehnt werden. Unruhige aufgeregte Frauen wurden wegen Mangel an Isolierzimmern nachts in die Zwangsjacke gesteckt. Gesamtausgabe 323 870 Fr. und 340 698 Fr.

(70) Bestand am 1. Januar 1905 309 (171 M. 138 Fr.). Zugang 83 (38 M. 45 Fr.), darunter 1 Fr. mit Paralyse, 11 (2 M. 9 Fr.) mit seniler Geistesstörung, 16 (11 M. 5 Fr.) mit Alkoholismus. Zum ersten Male wurden 68 (32 M. 36 Fr.) aufgenommen, davon waren 43 (20 M. 23 Fr.) erblich be-

lastet. Zur Begutachtung ihres Geisteszustandes kamen 14 (9 M. 5 Fr.). Abgang 65 (33 M. 32 Fr.), geheilt 19 (8 M. 11 Fr.), gebessert 21 (13 M. 8 Fr.), ungeheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 20 (9 M. 11 Fr.). Tuberkulose war in 4 Fällen Todesursache. Künstliche Ernährung war bei 3 M. 259 mal, bei 6 Fr. 126 mal notwendig. Beschäftigt wurden durchschnittlich 28,8 % M. und 49,3 % Fr. Gesamtausgabe 244 509 Fr.

(71) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 32. Zugang 91, davon 69 mit erblicher Belastung. Abgang 103; geheilt und gebessert 34, wenig gebessert 47, ungebessert 21, gestorben 1.

(72) Bestand am 1. Januar 1905 293 (161 M. 132 Fr.), darunter 25 (17 M. 8 Fr.) mit organischen Störungen, 11 (10 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 105 (52 M. 53 Fr.), davon 11 (7 M. 4 Fr.) mit organischen Störungen, 18 (13 M. 5 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung seines Geisteszustandes kam 1 M. Von 76 Erstaufnahmen waren 45 (19 M. 26 Fr.) erblich belastet. Abgang 112 (55 M. 57 Fr.); genesen 18 (9 M. 9 Fr.), gebessert 42 (20 M. 22 Fr.), ungebessert 18 (8 M. 10 Fr.), gestorben 34 (18 M. 16 Fr.) = 8,5 % des Gesamtbestandes. Tuberkulose war 5 mal, Suicidium 2 mal Todesursache. Sondenernährung war bei 11 Kr. notwendig, bei 2 Kr. über 1/2 Jahr. Gesamtausgabe 331 398 Fr.

(73) Bestand am 1. Januar 1905 737 (371 M. 366 Fr.), darunter 79 (42 M. 37 Fr.) mit organischen Störungen, 42 (38 M. 4 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 402 (198 M. 204 Fr.), und zwar 78 Körperkranke und 318 Geisteskranke (157 M. 161 Fr.), davon 100 (54 M. 46 Fr.) mit organischen Störungen, 27 (23 M. 4 Fr.) mit Intoxikationspsychosen; nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.). Von den aufgenommenen Männern waren 71 %, von den aufgenommenen Frauen 70 % erblich belastet. Alkoholismus war bei 36, (30 M. 6 Fr.), Lues bei 5 (4 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 4 (3 M. 1 Fr.). Abgang 380 (198 M. 182 Fr.), geheilt 54 (27 M. 27 Fr.), gebessert 86 (47 M. 49 Fr.), ungebessert 77 (37 M. 40 Fr.), nicht geisteskrank 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 158 (84 M. 74 Fr.). Von den Geisteskranken starben 11,8 %. 1 Suicidium. Beschäftigt wurden durchschnittlich 78 % M und 72 % Fr.

(74) Um dem „herrschenden Notstande“ zu steuern, beschloß die livländische Ritterschaft 1899 die Gründung eines livländischen Irrenasyls. Nach mancherlei Verhandlungen entschied sich die 1902 erwählte Baukommission dahin, die neue Anstalt in Stackeln (Eisenbahnlinie Riga—Walk) zu errichten. Die Anstalt ist als Heil- und Pflegeanstalt gedacht und soll für 500 Kr. eingerichtet werden; sie wird nach dem Pavillonsystem erbaut und mit modernen, den heutigen Forderungen der praktischen Irrenheilkunde entsprechenden Einrichtungen versehen. Die beim Bau und bei der Einrichtung in Betracht kommenden allgemeinen Gesichtspunkte bespricht der 1903 zum Direktor der Anstalt ernannte Verfasser eingehend. Ein technischer Erläuterungsbericht gibt mit zahlreichen Bauplänen ein klares Bild der in Entstehung begriffenen Anstalt.

(75) 48. Bericht. 1905. Zahl der Geisteskranken am 1. Januar 1906:

	M.	Fr.	Summa
In den Kgl. Anstalten . .	1754	2035	3789
„ „ Distriktsanstalten .	4351	4317	8668
„ „ Privatanstalten . .	45	76	121
„ „ Gemeindeanstalten	264	267	531
„ Armenhäusern	508	451	959
„ Privathäusern	1200	1678	2878
„ der Verbrecher - Irrenstation zu Perth	45	6	51
„ d. Schulen f. Schwachsinnige	291	162	453
	8458	8992	17450

Am 1. Januar 1905 betrug die Zahl der verpflegten Geisteskranken 17241. Im Laufe des Jahres wurden aufgenommen 3465 (1712 M. und 1753 Fr.). Geheilt entlassen wurden 1459, (d. h. zu den Aufnahmen 44,8 % der Privat- und 41,6 % der gewöhnlichen Kranken), ungeheilt 572, es starben 1320 = 9,4 % der verpflegten Kranken. Auf 100000 Einwohner kamen 57,6 Geisteskranke (9,7 Privat- und 47,9 gewöhnliche Kranke). Seit Einführung der Statistik 1858 ist dies das erste Jahr, in dem keine Zunahme der Geisteskranken im Verhältnis zur Bevölkerung festgestellt werden konnte. Seit 1858 ist die Zahl der verpflegten Geisteskranken um 200 %, die der Bevölkerung um 56 % gewachsen.

Im Berichtsjahr wurden 124 Kranke probeweise entlassen. 140 Unglücksfälle kamen vor, davon endeten 14 tödlich. Dazu gehörten 8 Selbstmorde: 3 durch Erhängen, 2 durch Ertrinken, 1 durch Strangulation, 1 Kranker schnitt sich die Kehle durch, 1 setzte sein Nachtkleid in Brand. 5mal wurde Selbstmord versucht. Die übrigen Unglücksfälle waren durch Knochenbrüche, Verrenkungen u. dergl. bedingt. 1 Kranker starb durch Verschlucken.

Der Abgang des Pflegepersonals betrug 1066, 75 % davon traten freiwillig aus. Der Gefängnisdienst wird vorgezogen, weil dort Aussicht auf Pension besteht. Der Bericht spricht sich für die weitere Errichtung von Pflegerhäuschen aus. *Ganter.*

(76) Die Aufnahmestation für Geisteskranke zu Lewisham wurde 1894 errichtet und 1899 unter dem Verf. nach modernen Grundsätzen umgestaltet. Sie bietet jetzt Raum für 11 M. u. 11 Fr. und hat je eine Polsterzelle. Akut erkrankte und aufgegriffene Geisteskranke werden da untergebracht. Innerhalb 3 Tagen muß die Behörde unterrichtet sein und der Kranke ärztlich untersucht werden. Länger als 14 Tage darf niemand behalten werden. Die Kranken werden, wenn nötig, von da nach den Irrenanstalten übergeführt. Für nicht unter das Armengesetz fallende Geisteskranke sind die Aufnahmeformalitäten umständlicher. Verf. entwirft eine Statistik der Krankenbewegung

der letzten 10 Jahre, 1896—1905. Es wurden 2033 Kranke aufgenommen. Davon wurden 1020 = 50,13 % geheilt oder gebessert entlassen, 804 = 39,54 % in die Irrenanstalten übergeführt, 209 = 10,3 % starben. Was die geistigen Störungen der Aufgenommenen betrifft, so war in 471 Fällen = 23,16 % der Alkohol schuld, und zwar kommen auf die Männer 71,1 %, auf die Frauen 28,9 %. 85,5 % wurden geheilt entlassen, 3,8 % in Irrenanstalten übergeführt und 10,6 % starben. Behandlung: warmes Bad, Bett, eventuell Wicklung, Polsterzelle. Bromkalium mit Chloralhydrat. Gegen Herzschwäche Ammonium carbon. oder Strychnin subkutan. Weiter aufgenommen: Geisteskrankheiten mit Sinnestäuschungen 407. Als Ursache wurden vielfach Tuberkulose, Herzkrankheiten, Uterusmyome festgestellt, nach deren Heilung auch die Sinnestäuschungen schwanden. Melancholie 233, Manie 149, stuporöse Zustände 141, allgemeine Paralyse 83. Senile Demenz 190, Epilepsie 112, Idiotie 75, Simulanten 7 (frühere Geisteskranke), Delirien 19 (symptom. Del. inf. Infekt.), Hysterie 48, Gehirnkrankheiten 38 (Hämorrhagie, Tumoren), puerperales Irresein 25. Verf. empfiehlt dieses System zur Nachahmung. Jedes größere Krankenhaus sollte eine Irren-Aufnahmestation haben.

Ganter.

(77) Verf. empfiehlt für Irland die Errichtung besonderer öffentlicher Anstalten zur Aufnahme und Erziehung Imbeziller nach dem Vorbild von London. Dort gibt es 4 öffentliche Anstalten unter ärztlicher Leitung mit ungefähr 7000 Insassen. Verf. gibt die Zahl der Schwachsinnigen in Irland auf 8000 an. Er denkt sich den Gang so, daß die Imbezillen zunächst in einer Zentralanstalt aufgenommen und von da aus je nach der Bildungsfähigkeit besondern Anstalten oder Kolonien überwiesen werden. *Ganter.*

(78) Die Epileptiker-Kolonie wurde September 1904 eröffnet und bietet Raum für 200 Kolonisten. Verf. gibt eine Beschreibung derselben. *Ganter.*

(79) Referat über die Frage des Pflegepersonals auf dem französischen Psychiaterkongreß in Rennes, August 1905. Hervorzuheben wäre etwa die Einrichtung einer systematischen Unterweisung des Pflegepersonals mit nachfolgender Prüfung: In Holland seit 1892 (bis jetzt über 350 Diplomierte), in England seit 1891 (über 8500 Diplomierte), in den Vereinigten Staaten seit 1880, in Österreich seit 1900. In einigen Anstalten Hollands müssen sich die Bewerber einer sechsmonatlichen Probezeit und einem Aufnahmeexamen in den Elementarfächern unterziehen. Weiter wäre noch bemerkenswert das Bestreben, die weibliche Pflege möglichst auch auf die Männerabteilungen auszudehnen: In Holland (durch *van Deventer*, 1879), in Schottland (durch *Robertson* und *Turnbull*), in Amerika, in beschränkterem Maße auch in Frankreich und Belgien. *Ganter.*

(80) Verf. spricht sich im allgemeinen günstig über die Erfahrungen aus, die er mit weiblichem Pflegepersonal auf den Männerabteilungen gemacht hat. Besonders geeignet ist seiner Ansicht nach das weibliche Pflegepersonal für die Abteilungen für sieche Kranke und Rekonvaleszenten, ebenso für die Aufnahmestationen, weniger sicher ist der Erfolg auf den Stationen für

ruhige chronische und mäßig verblödete Männer, indes empfiehlt er auch hier weitere Versuche. *Behr.*

(81) Verf. gibt eine Inhaltsangabe des Buches von *Ilberg* mit dem gleichen Titel, kritisiert einzelne Vorschläge und prüft ihre Anwendbarkeit auf französische Verhältnisse. Die Stellung der Ärzte, wie sie in *Ilbergs* Buch beschrieben ist, erscheint ihm zu wenig selbständig, da alles vom Direktor abhängt. Er möchte lieber das System, wie es Dr. *Charon* 1897 in den Annales vorschlug: 2—3 Chefärzte, dem ältesten sollen die Geschäfte des Direktors anheimfallen. Die Spezialisierung der Anstalten in Heil- und Pflegeanstalten, Idioten-, Epileptikeranstalten hält Verf. für Frankreich wegen der Kleinheit der Departements nur für schwer durchführbar. *Ganter.*

(82) Im Beginn des Berichtsjahres 101 Kranke, am Schlusse 119. Aufgenommen wurden 96, entlassen 78. Davon geheilt 21, gebessert 26, es starben 10 (davon 4 M. an Paralyse). Unter den Aufgenommenen waren 9 Fälle von progressiver Paralyse (8 M. 1 Fr.). *Ganter.*

(83) Bestand am 31. Dezember 1904 530 (260 M. 270 Fr.). Aufgenommen 1905 336 (206 M. 130 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 866 (466 M. 400 Fr.). Entlassen 342 (215 M. 127 Fr.), geheilt 30 M. 14 Fr., gebessert 82 M. 51 Fr., ungeheilt 58 M. 44 Fr., gestorben 45 M. 18 Fr. In Familienpflege gegeben wurden 10 M. 29 Fr. Bestand am 31. Dezember 1905 524 (251 M. 273 Fr.). Als Krankheitsursache spielt der Alkohol eine große Rolle.
Ganter.

(84) Handelt von dem Bau und der inneren Einrichtung von Irrenanstalten. *Ganter.*

(85) Vorschläge über die Anstellungsbedingungen des Pflegepersonals. Alter beim Eintritt 19—26, resp. 22 Jahre. Dienstzeit 12, resp. 8 Jahre. Dann Entlassung mit einer Gratifikation. Keine Pension. *Ganter.*

(86) Verf. legt die Mängel der italienischen Irrengesetzgebung dar (vom 14. Februar 1904) und bespricht die Entlassung der Geisteskranken, die Familienpflege, die Anstellung der Ärzte, die Gewinnung geeigneten Personals.
Ganter.

(87) Schilderung der Familienpflege in Dun-sur-Auron. *Ganter.*

(88) Bemerkenswert ist, daß Verf. sich über die Unzuträglichkeiten beklagt, die daraus entstehen, daß die Handwerksmeister, die die Arbeit der Kranken in den Werkstätten überwachen, nicht unter der ärztlichen Autorität stehen und sich demgemäß auch nicht um sie kümmern. Verf. schlägt vor, diese Leute erst den Pflegerdienst durchmachen zu lassen. (Frankreich sollte das deutsche System einführen, wonach der erste Beamte der Anstalt ein Arzt ist, dessen Disziplin alles untersteht.) *Ganter*

(89) Verf. befürwortet die Errichtung besonderer Abteilungen für Geisteskranke an den allgemeinen Krankenhäusern. Viele akut Erkrankte könnten da behandelt werden, ohne daß sie in die eigentliche Irrenanstalt verbracht würden, andere, deren Krankheit längere Zeit dauert, könnten von da aus der Irrenanstalt überwiesen werden. Auch würde die ganze Behandlung

krankenhausähnlicher werden, und damit auch die Scheu des Publikums vor der Irrenanstalt schwinden. *Ganter.*

(90) Untersuchung über das Vorkommen von Selbstmord und Geisteskrankheit im Heere. Nach der die Zeit von 1895—1901 umfassenden Statistik kamen im italienischen Heere auf 1000 Todesfälle 100 Selbstmorde, auf 1000 Mann 0,33. Die Selbstmordziffer ist im ersten Dienstjahr am größten, sinkt im zweiten und nimmt im dritten wieder zu. Die Zahl der Geisteskranken im Heere ist von 0,30/1000 im Jahre 1895 auf 0,74 im Jahre 1901 gestiegen. Verf. bespricht dann auf Grund der Erfahrungen in den letzten Kriegen, besonders im russisch-japanischen, die große Zahl geistiger Störungen, zu denen die Feldzüge Veranlassung geben und hofft, daß in Zukunft Feldlazarette unter psychiatrischer Leitung, wie sie Jakoby, Direktor der Irrenanstalt zu Orel (Rußland), vorgeschlagen hat, errichtet werden. Er wendet sich an das Rote Kreuz. *Ganter.*

(91) Die Gefängnisse sollen unter die Leitung von psychiatrisch gebildeten Ärzten gestellt werden. *Ganter.*

(92/93) Die erste Schrift umfaßt den Bericht der Kommission, die Vorschläge und Pläne zur Errichtung einer psychiatrischen Klinik in Bahia auszuarbeiten beauftragt worden war. Die zweite Schrift, ein Band von 308 Seiten, behandelt außer dem gleichen Thema das gesamte Irrenwesen. Verfasser vergleicht das Irrenwesen Brasiliens mit dem der Türkei. In den 20 Staaten der Republik gibt es nur in den Städten Rio de Janeiro und S. Paulo modern eingerichtete Anstalten. Vielfach treiben sich die Kranken, besonders die harmlosen, als Possenreißer, Bettler u. dergl. auf den Straßen herum, während die lästigen und gefährlicheren Kranken in die Gefängnisse und Arbeitshäuser gesteckt werden. Das Bundesgesetz vom 22. Dezember 1903 schreibt zwar allen Staaten vor, daß sie für ihre Geisteskranken zu sorgen haben, aber niemand kümmert sich darum. Verfasser unternimmt es nun, seinen Landsleuten ein Bild vom europäischen und amerikanischen Irrenwesen zu entwerfen und danach seine Vorschläge für die Schaffung einer geordneten, den besonderen Verhältnissen Brasiliens angepaßten Irrenpflege zu machen. Er hat dabei besonders Bahia im Auge, wo er als Professor für gerichtliche Medizin wirkt. Bahia besitzt die Irrenanstalt S. João de Deus, eröffnet am 24. Juni 1874. Die Zustände in der Anstalt sind aber nichts weniger als modern. Bis 1880 besaß sie einen ärztlichen Direktor, seitdem ist sie in den Händen von Laien, nur für die dringendsten Fälle ist ein Arzt oder auch ein Student da. Sie wohnen in der Anstalt. Die hygienischen Zustände spotten aller Beschreibung: Keine Aborte, keine Kanalisation. Die Anstalt ist überfüllt. Beriberi, Sumpffieber, septische Diarrhöen dezimieren die Insassen. Besonders schlimm war das Jahr 1906. Von den 136 Kr. starben vom April bis September 56 an Beriberi. Verfasser möchte an Stelle der alten Anstalt eine neue im Pavillonsystem aufführen. Mit der Anstalt sollte zugleich eine psychiatrische Klinik eingerichtet werden. Verfasser weist hierbei auf den hohen Stand dieser Kliniken, überhaupt der ganzen Irren-

pflege, in Deutschland hin. An die Anstalt soll sich weiter eine landwirtschaftliche Kolonie anschließen. *Ganter.*

(94) Berichtsjahr 1905. Männerabteilung: Zahl der verpflegten Kr. 1185 Davon neu aufgenommen 486, entlassen 430 (davon 166 als geheilt, 72 starben, d. h. 5% der verpflegten Kr.). Bei den verstorbenen Kr. ließ sich Tuberkulose in 35,21% nachweisen. 3,70% der Neuaufgenommenen gehörten zu den geisteskranken Verbrechern. Frauenabteilung: Zahl der verpflegten Kr. 1251, davon neu aufgenommen 451, entlassen 476 (davon 141 als geheilt, es starben 78 = 10,56%, vielfach an Tuberkulose). 73% der Aufgenommenen litten an Uterusaffektionen. Bei Männern und Frauen spielt der Alkohol als Ursache der geistigen Erkrankung eine Hauptrolle, 43% und 8,61%, dann kommt die Erblichkeit. Die Behandlung ist modern: Bett- und Bäderbehandlung, unter Umständen auch Isolierung. Die Anstalt besitzt eine Poliklinik. *Ganter.*

(95) Der Bericht umfaßt die Zeit vom 1. Juli 1903 bis 30. Juni 1905. Krankenbestand vom 1. Juli 1903 905 (487 M. 418 Fr.), am 30. Juni 1905 932 (513. M. 419 Fr.). Gesamtzahl der verpflegten Kr. 2519 (1376 M. 1143 Fr.). Geheilt entlassen 204 (119 M. 95 Fr.) = 45,5% der zum erstenmal Aufgenommenen. Es starben 164 (106 M. 58 F.) = 6% der verpflegten Kranken. *Ganter.*

(96) Verpflegt wurden 283 Alkoholkranke. Zugang 251, davon 54 auf eigene Kosten, 35 auf Kosten von Krankenkassen. Durch Landesversicherungsanstalten wurden 2, durch Berufsgenossenschaften 3, von Landarmenverbänden 11 untergebracht. 72 kamen aus den Landesirrenanstalten der Provinz Brandenburg, 45 aus den städtischen Irrenanstalten von Berlin und 27 aus den Landesirrenanstalten der Provinz Sachsen. 2 Freistellen dank der *Plaut*schen Stiftung. Abgang 137. 6 mußten ihrer Gewalttätigkeit wegen in die Irrenanstalten zurückverlegt werden. 23 Entweichungen. Darunter befanden sich schwere Verbrecher, die wiederholt auch aus Irrenanstalten entwichen waren. Von den übrigen 108 Entlassenen waren 42 erblich belastet. Es befanden sich darunter 70 mit chronischem Alkoholismus, 11 mit Dipsomanie, 6 mit chronischem Alkoholismus und Delirium tremens, 10 mit chronischem Alkoholismus und Epilepsie, 8 mit chronischem Alkoholismus und Schwachsinn, 3 mit Trauma bei chronischem Alkoholismus. Die Patienten, welche auf eigene Kosten verpflegt wurden, weisen ein etwas günstigeres Heilresultat auf als die anderen Kranken, auch sie waren in 35% der Fälle erblich belastet; von 45 Kr., die über 6 Wochen in der Heilstätte verblieben, wurden 20 (44,4%) geheilt, 13 (29%) gebessert, 12 (26,6%) ungeheilt entlassen. Von 56 nicht selbstzahlenden Kr. waren 43% erblich belastet; von 36 über 6 Wochen in der Heilstätte Verbliebenen wurden 11 (30,6%) geheilt, 13 (36,1%) gebessert, 12 (33,3%) ungeheilt entlassen. Die Heilstätte ist um 120 Betten vergrößert worden. Der überaus günstige Einfluß der Alkoholentziehung verbunden mit rationeller Behandlung, auch auf die vielfachen körperlichen Leiden, war selbst bei alten chronischen Fällen unverkennbar.

(97) Bestand am 1. Januar 1904 15. Zugang 99. Abgang 94. Bleibt Bestand 20 Kr. Von den Entlassenen blieben 9 weniger als einen Monat, 18 1—2 Monate, 19 ca. 3 Monate, 12 4—5 Monate, 15 ca. 6 Monate, 11 9 Monate, 10 12 Monate. Geheilt wurden 44%, geheilt und gebessert 58%.

(98) Die Ursachen zum Trinken sind: Der gesellschaftliche Zwang und die schlechte Lebenshaltung. Beide Umstände, und besonders der letztere, führen zum chron. Alkoholismus. Verf. entwirft eine Tabelle nach den verschiedenen Berufsständen und ihrer Anteilnahme an der Trunksucht und am chron. Alkoholismus. Die Selbstmorde führt Verf. fast immer auf den chron. Alkoholismus zurück.

	Fälle von Trunksucht auf 100 000	Selbstmordversuche auf 100 000		Verhältniszahl der Todesfälle an Alkoholismus	Verhältniszahl der Todesfälle an Alkoholismus u. Leberkrankh.
Auf dem Lande	226,3	3,46	Landarbeiter	4	21
In Industriestädten	497,8	6,24	Textilarbeiter	7	30
			Metallarbeiter	11	40
An Seehäfen	990,6	10,56	Matrosen	21	60
			Hafenarbeiter	52	78
In Bergwerksgebieten	1091,2	2,43	Bergarbeiter	4	21

Die Tabelle zeigt eine gewisse Unabhängigkeit von Trunkenheit und Tod oder Selbstmord infolge von chron. Alkoholismus. Auf dem Lande und in den Bergwerken sind die Fälle von Trunksucht ziemlich resp. sehr häufig, die Zahl der Todesfälle an Alkoholismus und Selbstmord aber niedriger als in den Städten und Häfen. Verf. führt das auf das sonstige ungesunde, von Entbehrungen reiche Leben in den Städten und Häfen zurück. Er empfiehlt Hebung der sozialen Lage. *Ganter.*

(99) 1080 Mitglieder gegen 999 am Ende des Vorjahres. Unterstützt wurden insgesamt 188 mit 11690 M. Mitgliederverzeichnis.

(100) Gesamteinnahme 34605 M. Die Ausgaben für Unterstützung Hilfsbedürftiger haben 24920 M. betragen.

(101) 337 Mitglieder. Verausgabt wurden 4009 M. zu Unterstützungen für 137 Personen in 182 Fällen. Satzungen des Vereins. Mitgliederverzeichnis.

(102) Der Irrenhilfsverein besteht aus 72 Mitgliedern. Vermögen 1896 Fr. Geldunterstützung an Kranke 150 Fr. *Ganter.*

(103) Erster Jahresbericht, 1905. 61 Mitglieder. Einnahmen 1038 Fr., Ausgaben 684 Fr. Der Verein unterstützt die Kranken oder ihre Angehörigen mit Geld, sorgt dafür, daß das Mobiliar dem Kranken erhalten bleibt, sorgt für Arbeitsgelegenheit. *Ganter.*

(104) Die Verf. sprechen für die Ausdehnung und den Zusammenschluß der Irrenhilfsvereine. Von den historischen Bemerkungen sei erwähnt: Deutschland ging voran durch die Gründung eines Vereins in Nassau 1829.,

Dr. *Cazauvielh* von der Salpêtrière veröffentlichte 1840 ein Buch: Du suicide de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, in dem er die Gründung von Irrenhilfsvereinen anregte. 1841 gründeten *Cazauvielh, Falret* und der Abbé *Christophe* einen Verein für die Kranken der Salpêtrière, 1843 *Richard* für Stephansfeld, dessen Direktor er war, *Baillarger* und *Mitivier* für Bicêtre, 1848 entstand ein Verein in Nancy. Die Irrenhilfsvereine sind in Frankreich noch spärlich, trotzdem Behörden und Irrenärzte sich um ihr Zustandekommen große Mühe geben. *Ganter.*

(105) Statistisches. Kostenpunkt. *Ganter.*

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

---

1. Sachregister.

2. Namenregister.

Apotheker Weigert's **Castoreum-Bromid**

(Sal. bromat. effervesc. c. Valerian. et Castoreo)

pezifikum gegen alle Neurosen des Zirkulations- u. Zentral-Nervensystems

sonders: **Hysterie, Chorea, Neurasthenie** in Orig.-Flakons mit Maßglas 2.— Mk., 1/2 Glas 1.20 Mk.

Prospekte mit Gutachten von Autoritäten zur Verfügung.

Zu beziehen durch die **Apotheken** oder direkt durch die

Aeskulap-Apotheke Breslau I.



W. Schröters Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene

Oppellstr. 44/44b. DRESDEN-N. Oppellstr. 44/44b.

Aufnahme von Knaben und Mädchen – auch älteren –, welche infolge ihrer Schwächlichkeit und geringeren Begabung einer besonderen Behandlung in Pflege, Erziehung und Unterricht bedürfen. — Gärtnerei u. Handarbeitsunterricht.

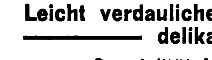
Hausarzt: Nervenarzt **Dr. H. Böhmig,** Konsiliarius Hofrat Dr. **Ganser,** Oberarzt der städt. Heil- u. Pflegeanst. Nähere Auskunft durch den Besitzer u. Leiter **W. Schröter.**



FERD. STEMLER

Hof- und Kammerlieferant

FRIEDRICHSDORF (Taunus).



Leicht verdauliche Zwiebäcke von unübertroffen delikatem Wohlgeschmack.



Spezialität f. Magenleidende, Rekonvaleszenten, Diabetiker, Rheumatiker, Kinder.

Grösste Friedrichsdorfer Zwieback-Fabrik.

Die Nervenheilanstalt Speichersdorf bei Königsberg i. Pr.

liegt in unmittelbarer Nähe der Stadt. **Die Einrichtungen für Bäder, Elektrotherapie etc. entsprechen den modernen Anforderungen.** Die Anstalt, inmitten schöner, alter Parkanlagen und mit elektrischer Beleuchtung, Zentralheizung etc. versehen, ist zur Aufnahme nervöser und gemütsleidender Patienten beiderlei Geschlechts eingerichtet. Mäßige Preise.

Dr. Steinert, Chefarzt.

Nervöse, körperlich zarte, minderbegabte u. a. leicht abnorme Kinder

beiderlei Geschlechts, welche vorübergehend oder auch andauernd einer Erholung, einer besonderen Schonung oder einer individualisierenden Behandlung in Unterricht, Erziehung oder Körperpflege bedürfen, finden Aufnahme in:

Trüpers Erziehungsheim und Kindersanatorium

auf der **Sophienhöhe** bei **Jena.**

Vorzügliche Lage, 20 Minuten von der Stadt in freier, landschaftlich schöner Umgebung, inmitten eines 5 ha großen Parkes. Sorgfältigste Verpflegung. Moderne hygienische Einrichtungen: **Großer Turn- und heilgymnastischer Saal, heizbares Schwimmbad, Wannen- und Duschenbäder, Luft- und Sonnenbäder. Reformschule** mit 6 aufsteigenden Klassen. Modellier-, Schnitz- und Gartenbauunterricht obligatorische Lehrgegenstände. Abgesondert: **Gartenbauabteilung** für solche, welche auf die Absolvierung einer höheren Schule verzichten müssen. Nervenärztlich beraten durch Geh. Med.-Rat Prof. **Dr. Binswanger.**
Behandelnde Ärzte: Prof. **Dr. Giese** als Hausarzt, Privatdozent **Dr. Strohmayer** als Nervenarzt.

Prospekte und nähere Auskunft durch den Besitzer und Direktor **J. Trüper.**

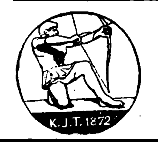
Institut für Zurückgebliebene

E. Hasenfratz in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich** und **geistig Zurückgebliebener,** sowie **nervöser,** überhaupt **schwer erziehbarer** Knaben und Mädchen. **Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender Unterricht. Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine staatlich geprüfte Lehrkraft.

Sehr gesunde Lage. **Erste Referenzen.**

Bericht über ☛ **15-jährige Tätigkeit** und Prospekt gratis.



Verlag von Karl J. Trübner

Straßburg i. E. und Berlin.

Vor kurzem erschien:

Historisches Schlagwörterbuch

Ein Versuch

von

Otto Ladendorf.

Geheftet M. 6.—, gebunden M. 7.—.

Dieses Buch ist ein Seitenstück und eine höchst wichtige Ergänzung zu Büchmanns Geflügelten Worten. Während das geflügelte Wort meist den Klassikern entnommen ist, entstammt das Schlagwort hauptsächlich der politischen Rednertribüne und Journalistik und dringt von da in den Sprachschatz der gebildeten Sprachen ein. Das Buch will also nach einer anderen Richtung als das oben erwähnte ein noch nicht im Zusammenhang bearbeitetes, reiches Feld unserer modernen Sprache erschließen.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35.

In meinem Kommissionsverlag erschien:

DIE HANDSCHRIFTEN DER ANTIKEN ÄRZTE

Im Auftrage der Akademischen Kommission herausgegeben von **H. DIELS.**

TEIL I: **HIPPOKRATES UND GALENOS** . . . . Preis M. 8.—.
TEIL II: **DIE ÜBRIGEN GRIECHISCHEN ÄRZTE AUSSER HIPPOKRATES UND GALENOS** . . . . Preis M. 7.—.

(Aus den Abhandlungen der Königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften vom Jahre 1905.)

VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35.

Soeben erschien:

Die Anstalten für psychisch Kranke

in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern.

Von **Dr. HANS LAEHR.**

6. Auflage. Bestellungen nimmt jede Buchhandlung entgegen. Preis M. 5.—.

Sanatorium Buchheide

Finkenwalde b. Stettin.

Heilanstalt für

Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.

(Psychosen ausgeschlossen.)

4 Gebäude. **Dr. Colla.**

Heilstätte für alkoholkranke Männer

Ellikon a. d. Thur (Schweiz).

Gegründet 1889 als gemeinnütziges Institut unter ärztlicher Aufsicht. Bescheidene Pensionspreise. Unbemittelten kann durch den Verein „Sobrietas" (Verband geheilter Pfleglinge von Ellikon) sowie durch einen Spezialfonds der Anstalt Erleichterung der Kosten gewährt werden. **Anfragen** sind zu richten an **J. Bosshardt, Hausvater der Heilstätte in Ellikon a. d. Thur** Ferner vermitteln Anfragen und sind zu jeder Auskunft über die Anstalt bereit die Herren **Prof. Dr. Bleuler, Burghölzli-Zürich V,** Präsident des Direktionskomitees, und **Direktor Dr. Ris, Rheinau** (Zürich).

Statt Eisen! *Statt Lebertran!*

Hæmatogen Hommel

völlig alkohol- und ætherfrei.

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin)**, sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.

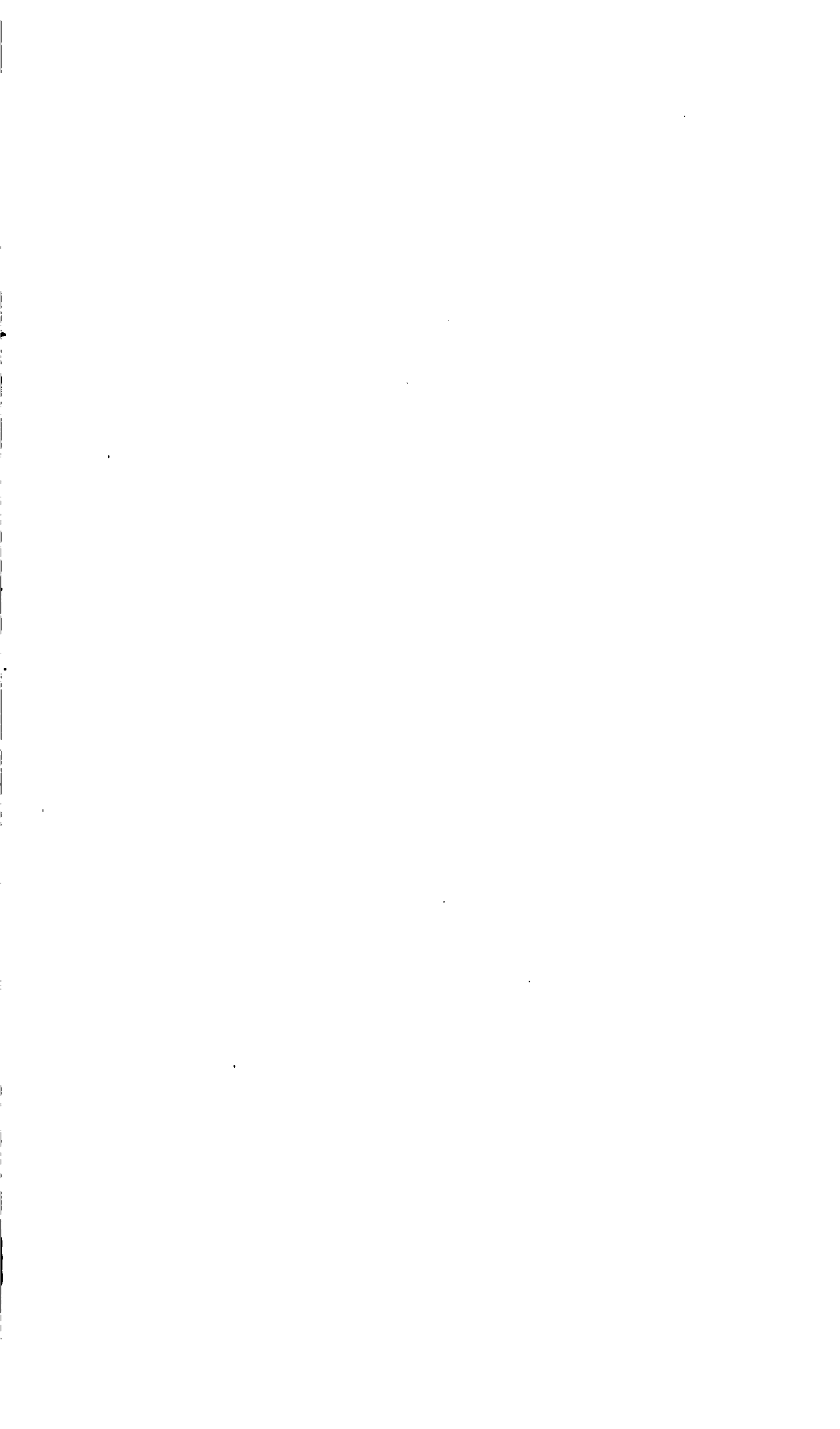
Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

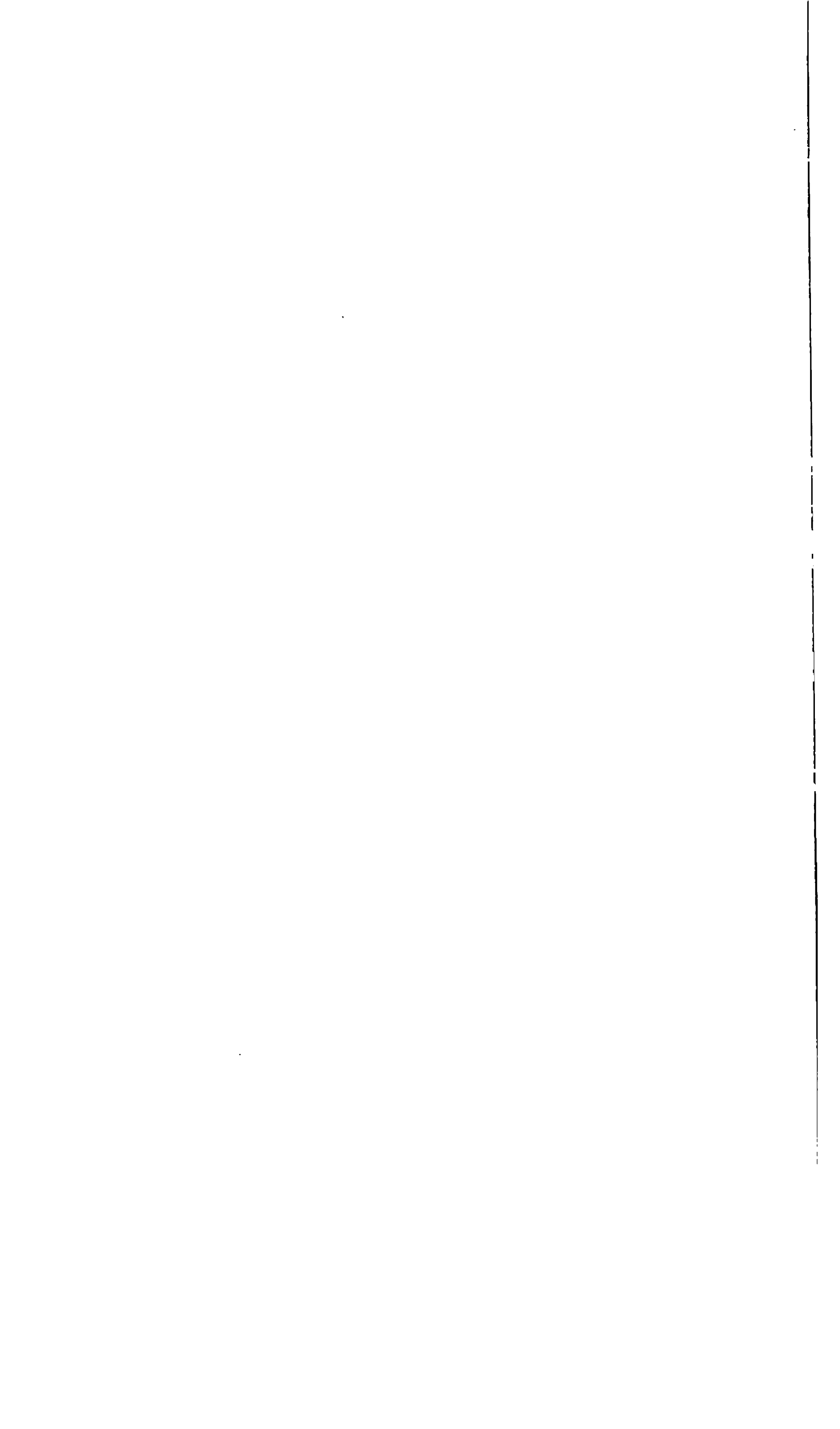
——— Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.** ———

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

Nicolay & Co., **Hanau a. Main.**
Zürich.
London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill.
St. Petersburg, Smolenskaja 33.

Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink, William Street 120, **New York.**







Statt Eisen! *Statt*

Hæmatogen Hom

völlig alkohol- und æth

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonst Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsal** und **Lecithin)**, sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe zentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Ki

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel j Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches orga treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nic** Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche Org

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenk sthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche** c **valeszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Krä angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern au genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmung

unbegrenzte Haltbarkeit in vielj probter Tropenfestigkeit und Frosts absolute Sicherheit vor Tuberk

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröff zulässiger Temperatur zur Anwendung kommend Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitt

stets Hæmatogen Hommel zu ordin

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gen ratur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (r 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen stark appetitanregenden Wirkung.

——— Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.** ———

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und koste

Nicolay & Co., { **Hanau a. Mai Zürich. London, E. C. 36 & 36 a St. Petersburg, Smoler** }

Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink, William Str



RETURN TO the circulation desk of any
University of California Library
or to the
NORTHERN REGIONAL LIBRARY FACILITY
Bldg. 400, Richmond Field Station
University of California
Richmond, CA 94804-4698

ALL BOOKS MAY BE RECALLED AFTER 7 DAYS
2-month loans may be renewed by calling
(510) 642-6753
1-year loans may be recharged by bringing books to NRLF
Renewals and recharges may be made 4 days prior to due date

DUE AS STAMPED BELOW

5-15-96

20,000 (4/94)

539052

3 1378 00539 0524

UC San Francisco LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

